

Trabajo Fin de Grado

Satisfacción de los pacientes y sus familias atendidos en la Unidad de Hospitalización de Psiquiatría

Satisfaction of patients and their families who were taken care of at
Acute Psychiatry Unite

Autor/es

Olga María Valero García

Director/es

Ricardo Campos Ródenas

Facultad de Medicina de la Universidad de Zaragoza

2016

ÍNDICE

	Pág.
1. Índice	1
2. Abstract	2
3. Introducción	4
4. Material y métodos	15
5. Resultados	20
6. Discusión	25
7. Conclusiones	32
8. Bibliografía	33
9. Anexos	37
a. Anexo I	38
b. Anexo II	56
c. Anexo III	65
d. Anexo IV	70
10. Agradecimientos	74

ABSTRACT

Introducción: El ambiente terapéutico es un factor muy conocido de la asistencia sanitaria, además de ser muy complejo, especialmente en psiquiatría. La satisfacción es uno de sus mejores estimadores. Existen muchas herramientas diversas para medirla según las necesidades. En este estudio se utiliza la VSSS-EU por ser la que más se adecúa a las características de la Unidad de Hospitalización, evaluando la satisfacción de pacientes y sus familiares con el tratamiento recibido.

Material y métodos: Se administró la VSSS-EU a 20 pacientes y 7 familias, con los datos obtenidos se aplicó un análisis descriptivo con recodificación a la escala de Likert y a un criterio de insatisfacción. Se complementó con el estudio de la relación de las respuestas de los pacientes y sus familias, y de los porcentajes de intervenciones recibidas. Además se realizó un registro para las preguntas abiertas.

Resultados: Se obtuvieron puntuaciones de “generalmente satisfactorio” en la escala de Likert (“satisfactorio” según criterios de insatisfacción) en todas las variables excepto en “información” en la muestra de pacientes y en “tipos de intervención” en la de familiares, que obtuvieron “ni buena ni mala” (recodificada a “insatisfactorio”). Hay relación entre las respuestas de los pacientes y las de sus familias (test de Wilcoxon). Al menos 4 de 14 tipos de intervenciones (asesoramiento sobre pisos y actividades laborales protegidas, ayuda domiciliaria y obtención de un empleo) no fueron ofertadas y eran deseadas por pacientes y familiares. Al tratarse de un estudio piloto, este ha tenido una serie de limitaciones (tiempo, falta de colaboración de las familias, escasez de datos de filiación, dificultades técnicas a la hora de entrevistar, sesgos, dificultades de análisis estadístico). La opinión general es de satisfacción con el ingreso tanto por parte de pacientes como de las familias, pero con espacio a la mejora y a la oferta de mayor diversidad de intervenciones terapéuticas, habiendo relación entre las respuestas de los pacientes y sus familias.

Conclusiones: La satisfacción de los pacientes y sus familias es un claro criterio de mejora de la calidad asistencial y debería evaluarse de rutina en la unidad de hospitalización de psiquiatría.

Palabras clave: Satisfacción, unidad de hospitalización de psiquiatría, pacientes, familias, VSSS-EU, ambiente terapéutico

Background: Therapeutic milieu is a well-known factor of health care, besides of being very complex, especially in psychiatry. Satisfaction is one of its best estimators. There are many different tools for measure it according to necessities. This study uses VSSS-EU because it's the most suitable tool to the Acute Psychiatric Unit characteristics, evaluating patients and their family's satisfaction with the received treatment.

Methods: VSSS-EU was administered to 20 patients and 7 families, with its data a descriptive analysis was carried out with recodification into a Likert scale and a dissatisfaction approach. It was completed with the study of the relationship between patients and their families' answers, and the received intervention rate.

Result: A score of "generally satisfactory" was obtained at the Likert scale ("satisfactory" by dissatisfaction approach) for all endpoints but "information" at patients' sample and "types of intervention" at families' sample, which obtained "neither good nor bad" (re-codified as "dissatisfactory"). There is relationship between patients and their families' answers. At least 4 out of 14 types of intervention (advice about protected apartments and jobs, home help and getting a job) weren't offered but desired by patients and their families. When it comes to a pivotal trial, it has had some limitations (time, lack of families' collaboration, paucity of affiliation's data, interviews' technical challenges, biases, difficulties of statistical analysis). General opinion is satisfaction with hospitalization by both patients and families, but with scope for improvement and the offer of a greater diversity of therapeutic interventions, finding relationship between patients and their families' answers.

Conclusions: Satisfaction of patients and their families is a clear improvement criterion of quality of assistance and it must be evaluated as a routine of the acute psychiatry unit.

Key words: Satisfaction, acute psychiatry unit, patients, families, VSSS-EU, therapeutic milieu.

INTRODUCCIÓN

1.- Preámbulo:

En primer lugar, el estudio de la satisfacción en la Unidad de Hospitalización de Psiquiatría debe encuadrarse. Para ello debemos comenzar describiendo el ambiente, más concretamente del ambiente terapéutico, puesto que la satisfacción está íntimamente relacionada con él, hecho que explicaremos más adelante.

2.- Ambiente terapéutico:

2.1.- Definición e importancia:

El ambiente se define como la característica derivada de las relaciones establecidas por los miembros de un lugar, dentro de un marco administrativo y organizativo propio, la cual condiciona la vida en ese lugar y es lo que la diferencia de otros lugares con un marco similar.⁽¹⁾

Usando como base esta definición podemos llegar a la de ambiente terapéutico.⁽²⁾ Según la OMS el ambiente terapéutico es aquel capaz de preservar la individualidad de las personas atendidas, tener confianza en ellas, potenciar las buenas conductas, fomentar la responsabilidad e iniciativa de los usuarios y proporcionar actividades adecuadas; y lo consideró como uno de los tipos más importantes de tratamiento que un hospital puede ofrecer.⁽³⁾ Por su parte el National Institute for Clinical Excellence (NICE) lo describió como aquél que permite a las personas disfrutar de un entorno saludable, seguro, digno, respetuoso con la individualidad y privacidad y potenciador de la autonomía, sin comprometer los objetivos clínicos de la unidad.⁽⁴⁾

El concepto de ambiente terapéutico es complejo puesto que engloba una gran variedad de dimensiones, tanto estructurales como funcionales, en las que resaltan el respeto de los pacientes y su participación activa.⁽²⁾

Conseguir un ambiente terapéutico en los servicios de salud mental es actualmente un objetivo constante en los documentos oficiales. Considerándolo imprescindible para la humanización de la atención facilitando así los procesos de recuperación y continuidad de los cuidados a las personas atendidas.⁽²⁾

2.2.- Evolución histórica:

La importancia del ambiente terapéutico, sus funciones y factores, han ido variando con el paso del tiempo y según el punto de vista o teoría psicopatológica que se mantenga.⁽¹⁾

Se puede establecer como el culmen de la definición de los aspectos condicionantes del ambiente terapéutico en la atmósfera de psiquiatría con las aportaciones realizadas por Moos en 1974, que son: ^(1,2)

- a) La dimensión relacional: la relación de los pacientes entre sí, con el personal, y las relaciones del equipo terapéutico.
- b) La dimensión de crecimiento personal: los objetivos que la estructura del tratamiento plantea alcanzar.
- c) La dimensión organizativa: todo aquello de índole administrativa que enmarcan la organización.

Para medir estos tres aspectos diseñó la Ward Atmosphere Scale (WAS) para la medición del ambiente en unidades de hospitalización. ^(1,2)

Pero estos no son los únicos condicionantes a tener en cuenta dentro de cualquier agrupación humana. El total de estos condicionantes sería: Las dimensiones ecológicas, los escenarios de conducta, los aspectos estructurales administrativos, las características personales y conductuales de los sujetos objeto del estudio, los aspectos derivados del clima de lugar (atmósfera), y el estudio de los aspectos de aprendizaje social que mantienen conductas o favorecen cambios. ^(1,2)

2.3.- Componentes y determinantes:

El ambiente lo establecen, por tanto, la estructura y la función, que mantienen una eterna relación simbiótica: La estructura condiciona la función y ésta determina la estructura necesaria. Por ello, cabe explicar las características de ambos determinantes.⁽²⁾

2.3.1.- El espacio:

En cuanto al espacio de la Unidad de Hospitalización (UH), hay que tener en cuenta, en primer lugar que está diseñada para que la estancia media sea de 15 días. ⁽⁵⁾

Es un espacio de convivencia con una función terapéutica. Por lo que ha de ser un lugar que garantice la seguridad y el control, pero que permita el desarrollo de actividades y que evite el hacinamiento, respetando la dignidad, la intimidad y la privacidad de los pacientes. Actualmente se busca un ambiente que difiera de la clásica institucionalización. ^(1,2,5)

La UH debería estar situada en la planta baja con acceso directo al exterior (patio o jardín), pero integrada en el hospital general, con 3 espacios bien diferenciados: ^(1,2,5)

- a) El área residencial se compondrá entre 20 y 30 camas para asegurar una atención individualizada, ya que va a ser la zona en la que va a hacer vida el paciente (descanso, ocio, actividad terapéutica...). Por tanto, las habitaciones deben respetar los derechos de los pacientes, permitiendo en medida de lo posible que tengan sus objetos personales para evitar la alienación.

- b) El control de enfermería debe estar en una zona central, con buena visibilidad y con un mostrador cerrado.
- c) El área clínica constará de despachos y sala de reuniones.

Las medidas de seguridad deben estar presentes, pero deben ser discretas y proporcionadas para evitar la sensación de encarcelamiento. Cabe recordar que se debe atender siempre a los derechos de privacidad e intimidad de los pacientes de forma que puedan preservar su identidad y personalizar su pequeño hábitat dentro de la UH. ^(1,2,5)

2.3.2.- La función:

La función UH es proporcionar todos los medios y recursos terapéuticos disponibles para obtener un alta rápida y segura (siendo el paciente capaz de cuidarse a sí mismo, responsabilizarse del tratamiento y de la continuidad asistencial fuera del hospital, evitando así el fenómeno de las “puertas giratorias”). Para ello hay que establecer unos objetivos terapéuticos y unas intervenciones encaminadas a conseguirlos. ⁽²⁾

2.4.- Objetivos:

El objetivo final es obtener ese alta rápida y segura, que se obtiene a través de la consecución de una serie de objetivos parciales: ⁽²⁾

- a) El alivio sintomático: Es indispensable. No debe orientarse sólo a los síntomas positivos o conductuales, sino también a los negativos y afectivos.
- b) La alianza terapéutica: Se debe implicar al paciente en su tratamiento, sea un ingreso voluntario o involuntario (si realizamos bien nuestro trabajo en este campo podemos incluso llegar a revertir esta involuntariedad).
- c) La concienciación del proceso patológico.
- d) El aumento de la autonomía personal y la autorresponsabilización.
- e) La facilitación de la reinserción familiar y social: Buscando el retorno a su medio de procedencia u a otro alternativo.

2.5.- Requisitos:

De los objetivos citados objetivos se deducen unos requisitos (o intervenciones, necesarias para alcanzarlos): ⁽²⁾

2.5.1.- El equipo asistencial:

El equipo asistencial debe contar con una composición multidisciplinar y un funcionamiento interdisciplinar, todo ello con una buena cohesión interna. Estará compuesto por: Psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, enfermería y personal auxiliar. Debe compartir los criterios terapéuticos, favoreciendo una dinámica de trabajo con un clima

relacional-emocional estable y una estructura operativa que facilite las intervenciones, reforzando la motivación, los sentimientos de pertenencia y aceptación; evitando así los riesgos de actuar pasivamente, represivamente o autolíticamente. ⁽²⁾

Para ello es indispensable una estructura operativa, en la que cada uno tenga bien definida sus funciones, aunque no de una forma rígida. Esto permite cierto solapamiento de funciones cuando es necesario, evitando de esta forma un funcionamiento excesivamente jerarquizado. De tal modo prevenimos confrontaciones relacionales e improvisaciones a la hora de actuar. Con ello se busca evitar que los conflictos que se generan en el equipo asistencial se proyecten al ambiente general y afecten a los pacientes. ⁽²⁾

2.5.2.- La dinámica de funcionamiento:

La dinámica de funcionamiento supone toda interacción del equipo asistencial con el paciente, desde que ingresa hasta que se va de alta. Incluye la oferta y planificación de actividades, la implicación activa del paciente y su familia en el proceso terapéutico, la coordinación y continuidad asistencial. ⁽²⁾

- a) Organización general: La UH debe ser un lugar seguro para pacientes y trabajadores. Por lo que es indispensable una serie de normas generales que regulen las tareas y relaciones entre todas las personas que coexisten en ella. Deben estar por escrito, y debemos asegurarnos que son conocidas por los pacientes, sus familias y los profesionales del equipo. Harán alusión a horarios, actividades, normas de convivencia, uso del teléfono y otros dispositivos electrónicos, visitas, salidas y uso de objetos personales. ⁽²⁾
- b) Oferta terapéutica y de actividades: Tiene que ser muy diversa y abarcar todo el abanico de patologías y situaciones clínicas que pueden coexistir. Ha de ser capaz de modificarse según las necesidades del momento. Se debe tener en cuenta que las técnicas de intervención combinadas son mucho más eficaces que las monoterapias. Por lo que la oferta debe abarcar: ⁽²⁾
 - *Intervenciones biológicas*: Farmacológicas, y en casos muy especiales la terapia electroconvulsiva (TEC).
 - *Intervenciones psicoterapéuticas*, tanto individuales como grupales.
 - *Intervenciones familiares*.
 - *Intervenciones socio-ergoterapéuticas*: Consistentes en estructurar y dar un contenido terapéutico al tiempo, luchando así contra el aislamiento y empoderando la interacción social y un clima emocional de pertenencia.

- c) Planificación de la actividad: Es importante tener siempre presente la metodología de la intervención, en la que juega un papel especialmente destacado la acogida. Si ésta se realiza de forma adecuada, disminuiríamos la vivencia traumática que supone el ingreso, facilitando que el paciente se adapte, reforzando su autoestima y favoreciendo la aparición de la relación terapéutica y la confianza en el equipo. Para facilitar el trabajo, deben procederse a la protocolización de los cuidados dentro de lo posible; en especial en las enfermedades más prevalentes, y en situaciones especiales: acogida, prevención del suicidio, contención mecánica, agresiones, acoso sexual, fugas, errores de prescripción / administración de fármacos, etc. También deben existir medidas de prevención de conductas violentas, abusivas o discriminatorias y procedimientos de actuación cuando éstas se presentan, así como medidas de prevención de problemas somáticos comunes. ⁽²⁾
- d) Implicación del paciente: La implicación del paciente en la toma de decisiones que conciernen a su salud, supone el respeto a su derecho de autonomía, que facilitará la adhesión al tratamiento y su recuperación. Para ello es imprescindible que se establezca una buena relación terapéutica con el equipo. Además se debería animar a los pacientes a que participen en la toma de decisiones respecto a los aspectos organizativos de la unidad. ⁽²⁾
- e) Implicación de las familias: Es fundamental tener en cuenta su experiencia en atender al paciente y convivir con sus problemas, así como pedir su opinión sobre el tratamiento y el propio funcionamiento de la unidad. ⁽²⁾

2.5.3.- El ambiente relacional:

El ambiente relacional hace referencia al estilo de las relaciones de todas las personas que conviven en la unidad. Cabe hacer especial hincapié en las relaciones entre los profesionales y los pacientes (salvando las características de personalidad de cada cual). Éstas deben basarse en el respeto y la tolerancia, favoreciendo la comunicación y expresión de opiniones, sentimientos, problemas y emociones. Así mismo se debe evitar la sobreimplicación emocional y las respuestas contratransferenciales, asegurando la confidencialidad al paciente con respecto al equipo. En conclusión, un estilo relacional que promueva el respeto y una actitud empática y de apoyo es total y absolutamente imprescindible para que se establezca una relación terapéutica y la aparición de un buen clima relacional dentro de la UH.

⁽²⁾

2.6.- Ambiente hostil:

No siempre el ambiente terapéutico es percibido como tal, puede ser visto como un medio hostil o tener funciones nocivas. Así llegamos al consabido “institucionalismo psicológico” o “reacción de apatía” y de las propias patologías que pueden aparecer con el propio ingreso (neurosis institucional). Son términos que hacen referencia al efecto nocivo que produce un ambiente de escaso contacto social, escaso ocio, autoritarismo, falta de privacidad y de perspectivas de futuro, etc. que producen los cuadros de “hospitalismo” ya descritos con anterioridad en niños hospitalizados. ⁽¹⁾

Aunque clásicamente se haya defendido que sólo se recurrirá a la hospitalización cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de intervenciones realizadas en el entorno familiar y social, y que ésta será lo más breve, transitoria e incompleta posible y su duración dependerá de los criterios terapéuticos. Hay lugares en los que se anteponen criterios de gestión, de carácter economicista, a los criterios asistenciales, cuya consecuencia es el deterioro de la calidad asistencial y del ambiente terapéutico en sí mismo. ⁽²⁾

Del mismo modo, todos los problemas derivados de la presión de la gestión y de la falta de recursos, convierten un lugar, que debe verse como seguro, en un lugar hostil, en el que tanto pacientes como trabajadores se sienten encerrados de una u otra forma. Ya sea por las barreras estructurales, por las trabas funcionales, o ambos. ^(2,6-9)

Posiblemente, debido a la reducción de la estancia media del ingreso, se haya dejado de lado el concepto del ambiente terapéutico en el planteamiento de la salud mental. De tal forma que los pacientes describen experiencias de sentirse atados por las reglas, controlados y, en ocasiones, un ambiente opresivo. Aunque también remarcaban experimentar sensación de curación y de salud, vivida en ese mismo ambiente. Se puede afirmar que los pacientes viven experiencias paradójicas de miedo y afirmación, alienación y conexión, abandono y curación. Sugiriendo todo ello que el ambiente psiquiátrico de los pacientes ingresados sigue siendo importante, pero con frecuencia desatendido. ⁽⁹⁾

Cuando se les pregunta a los propios pacientes por sus experiencias recalcan varios aspectos: La dificultad de vivir en el hospital, las necesidades que requieren del personal, y el ruego encarecido de tener cosas que hacer más relevantes o que les llenen más. Podemos traducir todo ello en que se debe recalcar la necesidad de una comunicación más empática con el personal, un uso más efectivo del espacio que permita mejorar las sensaciones de seguridad y una ocupación que les realice más. ⁽⁷⁾

Pero no son sólo los pacientes los que experimentan el detrimento del ambiente terapéutico, el personal de enfermería también. (6,8) En la actualidad, se ha perdido el trato uno a uno de la enfermera con el paciente y ha aumentado la medicalización, lo que supone que, por ejemplo, en EE.UU. se cuestione cómo se gestiona el susodicho ambiente terapéutico. ⁽⁸⁾

Esta gestión del tiempo genera estrés tanto a pacientes como a enfermeras. Los primeros lo viven como aburrimiento, y las segundas, como presión y caos. Aunque ambos grupos comparten algunos temas que les generan falta de confort, son vividos de forma diferente. Por ejemplo, el personal de enfermería se siente preso tras el mostrador del control, mientras que los pacientes se sienten encerrados por las puertas cerradas bajo llave de la unidad. Todos estos problemas suponen, en ocasiones, que el concepto de ambiente terapéutico brille por su ausencia; así como la relación entre enfermería y los pacientes pase desapercibida por los últimos, a pesar de lo que el personal la reclama. Todo ello deriva en que las experiencias de cuidado provengan de la interacción con otros pacientes. ⁽⁸⁾

También es el personal de enfermería quien reclama la dificultad de tratar bien, como corresponde, a los pacientes, ya que tienen que lidiar con diferentes formas de acercamiento a la hora del cuidado. Por un lado, para crear una relación terapéutica y, por otro, mantener la unidad bajo control y segura. En este último caso, se puede correr el riesgo de que enfermería actúe de forma que los pacientes acaben percibiendo sensaciones de mal trato. Por ello, al personal le resulta difícil encontrar un punto de equilibrio, siendo conscientes de este riesgo y de que hay que buscar las oportunidades en las que se pueda realizar una aproximación más cuidadosa, siempre manteniendo la seguridad. ⁽⁶⁾

2.7.- Ambiente terapéutico y satisfacción:

Una vez desarrollado el concepto de ambiente terapéutico, se puede introducir la forma de medirlo, que es la satisfacción (habiendo sido objeto de estudio la satisfacción como variable dependiente del ambiente terapéutico). Está demostrado que la relación entre un ambiente cálido, receptivo y seguro, y el grado de satisfacción de los usuarios. ^(2,10-13)

3.- Satisfacción:

3.1.- Definición

Entendemos por satisfacción el estado de ánimo experimentado con aquello que sacia nuestras necesidades, aspiraciones, deseos o pasiones. ⁽¹⁴⁾

La satisfacción puede hacer referencia a muchas situaciones, sobre todo en psiquiatría. Una de las más comúnmente analizadas en relación con las enfermedades psiquiátricas es la “satisfacción vital”, que puede entenderse

como “felicidad”. Ambas podrían definirse como el sentimiento subjetivo de diversión con la propia vida como un todo, aunque tiene matices diferentes en cuanto al bienestar subjetivo, siendo la felicidad más condicionada por lo emocional y la satisfacción vital se ve influida por otras condiciones, como la economía. La satisfacción vital puede ser tomada como parámetro y ser analizado por la Satisfaction with Life Scale, a la que se le han objetivado propiedades psicométricas adecuadas, resultando válida y útil en diferentes poblaciones y patologías. ^(15–17)

En este estudio nos vamos a centrar en la satisfacción con el servicio.

3.2.- Satisfacción como medida de la asistencia:

El estudio de este campo empezó a desarrollarse de forma más compleja en la última década del s. XX y en la primera del XXI, imponiéndose como una medida de resultados a nivel local de carácter factible. Lo que implica que la opinión de los pacientes y sus cuidadores o familiares se ve convertida en una medida de resultados del propio servicio. Por lo tanto, la satisfacción del paciente y la percepción de la asistencia son evaluadas como una medida de asistencia individual del paciente, pudiendo ser de apoyo o criterio modificador del programa y del estilo clínico del servicio. ^(18–20)

Hay autores que recomiendan que se use esta medida sólo cuando el propósito del trabajo lo aconseje ⁽²¹⁾, sin embargo, muchos la establecen como una medida más que debería realizarse de rutina. ^(18,19)

Además se ha demostrado que varios determinantes que pueden variar la percepción de la satisfacción de forma transcultural. Las variaciones sociodemográficas juegan cierto papel, aunque no sean las más relevantes, sí que hacen variar ciertos aspectos. En cambio, se ha observado que la gravedad de la enfermedad disminuye el nivel de satisfacción. Además, el predictor que mantiene una mayor relación con la percepción de la satisfacción con el tratamiento recibido es la percepción subjetiva de la calidad de vida. ⁽²⁰⁾

3.3.- Instrumentos de medición de la Satisfacción:

3.3.1.- Requisitos:

Un instrumento psicométrico adecuado para medir la satisfacción debe cumplir una serie de requisitos: ^(19,20,22)

- Enfoque multidimensional.
- Valorar el abanico completo de características del servicio.
- Posibilidad de administrarse de manera independiente (ya que las valoraciones del paciente no han de tener consecuencia sobre su asistencia médica).
- Contar con una validez y fiabilidad contrastadas y establecida.

- Lenguaje “no médico”.
- Tener en cuenta la calidad de vida del paciente en general y no sólo los aspectos psiquiátricos.
- Posibilidad de ser usada como instrumento de diálogo con los profesionales.
- Posibilidad de generar un banco de información.
- Tener en cuenta las necesidades de los cuidadores y familias. .

Es decir, debe medir el ambiente terapéutico en toda su amplitud, desde varios puntos y de forma sistemática y validada. ^(19,20,22)

3.3.2.- Controversia de los resultados:

Los resultados de este tipo de encuestas pueden ser controvertidos. A pesar de que la satisfacción sea el indicador de calidad desde el punto de vista del paciente por excelencia, en ocasiones los pacientes puntúan niveles altos de satisfacción que no se correlación con una continuidad del tratamiento establecido. ^(20,22)

La satisfacción ha resultado ser un indicador de insatisfacción muy pobre. Habiendo sido demostrado de forma cualitativa que si se hacen búsquedas más profundas se obtienen resultados de insatisfacción en aspectos particulares del servicio (escasa comunicación y falta de provisión de información, falta de respeto por parte del personal sanitario y falta de cuidados mentales apropiados). De lo que se podría deducir que la insatisfacción podría ser un mejor predictor del uso de servicios por parte del paciente. ^(20,22)

Estos altos niveles de satisfacción que enmascaran ciertas insatisfacciones pueden tener varias explicaciones. La más simplista sería por miedo a que una mala respuesta pueda tener repercusiones en su tratamiento y asistencia. Una más elaborada se basa en las expectativas de los pacientes, que pueden estar influidas por experiencias previas en otros servicios, creencias de cómo es la asistencia y características de personalidad de cada uno. La creencia popular sería que las expectativas al ingreso son muy bajas por lo que al final la satisfacción es más alta, pero eso no explicaría la insatisfacción mostrada por métodos cualitativos. Por lo que se podrían deber a la mezcla expectativas y esperanzas con la falta de conocimiento de los tipos de tratamiento, apoyos y trato que deben recibir, a lo que se añade la vulnerabilidad y necesidades de la mayoría de los pacientes. Esto debe llevar a buscar un instrumento que permita explorar tanto satisfacción como insatisfacción, pudiendo ser útiles herramientas que sean cuantitativas y cualitativas a la vez. ^(20,22)

3.3.3.- Tipos de instrumentos y selección del más adecuado:

Encontrar el instrumento que más se adapte a nuestras necesidades es una tarea ardua y compleja. Hay que tener en cuenta muchas variables, como el

tipo de sistema sanitario, la parte del servicio a evaluar, si se busca evaluar a una parte del personal o a toda la plantilla, el tiempo que se dispone para la evaluación, quien va a ser el objeto de la encuesta, y el idioma (algo que se da por hecho que no va a ser una traba pero sí que puede llegar a serlo).

El abanico de herramientas sobre la satisfacción es muy amplio. A continuación se procede a clasificarlas en función de algunos de los aspectos reseñados en el párrafo anterior, explicando si es conveniente alguna característica adicional. Las herramientas en cuestión son: Charleston Psychiatric Outpatient Satisfaction Scale (CPOSS), Client Satisfaction Questionnaire (CSQ), Clinical Global Impression (CGI), Family Satisfaction with Mental Health Services Rating Scale (SATIS-BR), Fragebogen zur Patientenzufriedenheit (ZUF-8), Global Assessment of Functioning (GAF), Patient Satisfaction Questionnaire (PSQ-18), Patient Satisfaction Survey (PatSat), Satisfacción del usuario externo en el consultorio de psiquiatría, Service Satisfaction Scale (SSS-30), SERVQUAL, Verona Service Satisfaction Scale (VSSS).

- Orientadas a un modelo sanitario más mercantilista: SERVQUAL ^(23,24)
- Valoración más centrada en los psiquiatras: PSQ-18 ^(25,26)
- Consultas externas: CPOSS, PatSat, PSQ-18, Satisfacción del usuario externo en el consultorio de psiquiatría (español), VSSS ^(23,25–31)
- Unidad de hospitalización: ZUF-8 (alemán), VSSS ^(20,32–34)
- Servicio completo: CSQ, SSS-30, VSSS ⁽²⁰⁾
- Familiares y cuidadores: SATIS-BR (portugués), VSSS ^(20,35,36)
- No enfocadas a psiquiatría pero aplicables: GAF, CGI, CSQ, SERVQUAL, SSS-30 ^(20,23,32)

3.3.4.- Verona Service Satisfaction Scale (VSSS-EU):

Para la realización de este estudio se ha decidido utilizar la VSSS-EU, la versión europea de la Verona Service Satisfaction Scale. Esta versión surgió como una reducción de la original (de 82 ítems) tras su validación y análisis factorial. La VSSS-EU está conformada por 54 ítems más 2 preguntas abiertas, siendo desarrollada entre 1997 y 2000 en el marco del Epsilon Study (cuyo objetivo era producir versiones estandarizadas de diversas herramientas, entre ellas la VSSS). De esta forma se obtuvo una versión validada en cuatro lenguas (español, italiano, inglés y danés). Posteriormente se ha ido validando en más idiomas (francés, portugués, alemán, noruego, griego, esloveno, polaco, chino, japonés, farsi y kuwaití). Además ha sido ampliamente utilizada en numerosos estudios de diversos países, así como elemento a partir del cual generar nuevas herramientas o como gold estándar a la hora de validar otros instrumentos. ^(20,23,27,33,37–46)

Se trata de un instrumento útil tanto para realizar comparativas entre distintas naciones así como para la rutina diaria del hospital. Fue diseñada especialmente para servicios de salud mental comunitarios que cuenten con equipos multidisciplinarios conformados por psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, enfermería y demás personal sanitario. Se asume que estos servicios tendrán varias opciones de tratamiento disponibles (hospitalización, hospital de día, rehabilitación, psicoterapia, cuidado en el hogar, consultas externas, etc.). Si se careciese de alguna de ellas o se quisiese explorar alguna en especial, se puede modificar según las demandas del servicio y de la investigación, siempre y cuando se haga la adaptación con cuidado y que no sea un cambio radical del instrumento. (20,37,42,44)

Los ítems de la VSSS-EU cubren siete dimensiones de la satisfacción, explorando ampliamente los aspectos relatados en el apartado anterior sobre el ambiente terapéutico. Estas dimensiones son: (20,42)

- *Satisfacción general*: 3 ítems que cubren los aspectos de la satisfacción con el servicio de salud mental.
- *Comportamiento y habilidades de los profesionales*: 24 ítems sobre la satisfacción con las habilidades técnicas, interpersonales, cooperación entre el personal del servicio, respeto a los derechos del paciente...
- *Información*: 3 ítems sobre la satisfacción con la información sobre los servicios, los trastornos y los tratamientos.
- *Acceso*: 2 ítems sobre la satisfacción con la localización del servicio, la disposición y los costes.
- *Eficacia*: 8 ítems sobre la satisfacción con la eficacia general del servicio, la eficacia del servicio en aspectos específicos como síntomas, habilidades sociales, relaciones familiares.
- *Tipos de intervenciones*: 17 ítems sobre la satisfacción con el cuidado de la salud mental, como prescripción de medicamentos, respuesta a las urgencias, psicoterapia, rehabilitación, cuidado domiciliario, secretaría, alojamiento, actividades de ocio, trabajo, beneficios...
- *Entorno familiar*: 6 ítems sobre la satisfacción del paciente con la ayuda dada a su familia, como escucha, comprensión, consejo, información, ayuda para lidiar con los problemas del paciente...

4.- Objetivo:

El objetivo de este estudio es comprobar si la VSSS-EU es un instrumento útil para medir la satisfacción de los pacientes y sus familias con el tratamiento y la estancia en la Unidad de Hospitalización de Psiquiatría del Hospital Clínico "Lozano Blesa". Siendo éste un estudio piloto para decidir si continuar con un estudio a mayor escala e instaurar de rutina esta herramienta como medidor de calidad asistencial y de mejora de la unidad y su ambiente terapéutico.

MATERIAL Y MÉTODOS

1.- Descripción de la Unidad de Hospitalización de Psiquiatría del Hospital Clínico Universitario “Lozano Blesa”:

En primer lugar, para poder plantear el estudio de forma correcta y escoger el instrumento que más se adecúe a la investigación, debemos conocer y evaluar la Unidad de Hospitalización de Psiquiatría del HCU “Lozano Blesa”. Para ello, se utilizó la información pertinente en el Proyecto de Gestión. ⁽⁴⁷⁾

La UH de Psiquiatría está emplazada en la zona D de la 3ª planta del edificio de hospitalización dentro del complejo del HCU “Lozano Blesa” de Zaragoza. No cuenta con un espacio exterior controlado. Consta de 20 camas ubicadas en las habitaciones 302 a 319. En cada una de las habitaciones pueden residir uno o dos pacientes, en función de la disposición y las necesidades del momento, habiendo en total 4 habitaciones dobles y 16 individuales. En la zona I, adyacente a esta y comunicada con la UH, se sitúan 4 despachos y una sala para las taquillas de los profesionales. ⁽⁴⁷⁾

El equipo de profesionales está compuesto por 3 psiquiatras, 9 enfermeros, 8 auxiliares clínicos, 9 celadores y una trabajadora social. No se dispone de psicólogo clínico ni de terapeuta ocupacional. ⁽⁴⁷⁾

Además, dentro del recinto hay una sala de preparación de medicación, cuarto de descanso para el personal, cuarto de pertenencias, cuarto de trabajos manuales y juegos, despacho del supervisor, baño asistido y aseo para familiares. Se cuenta con un botiquín y carro de paradas, pero no de sala de curas. ⁽⁴⁷⁾

El trabajo se reparte entre dos grupos de enfermería (enfermeros, auxiliares y celadores), uno de ellos dirigirá las actividades y el otro se encargará del control y demás situaciones que puedan surgir. ⁽⁴⁷⁾

La UH cuenta con una lista de asignación de cuidados de los diferentes profesionales y unas instrucciones precisas de la gestión de pertenencias, peticiones, apertura de ventanas, salidas de pacientes, alimentos, cuidado y control de normas (lista de objetos no permitidos), orden y limpieza, control de enfermería y comedor. ⁽⁴⁷⁾

El acceso a la unidad es restringido, por lo que a pacientes y familiares se les entrega una hoja informativa sobre el ingreso y el alta, las normas de convivencia y funcionamiento (visitas, pertenencias, teléfono, objetos no permitidos, seguridad) y horario de actividades y visitas. ⁽⁴⁷⁾

Consta un plan de funcionamiento que expone la distribución de la UH, población a atender, indicaciones de ingreso, derivación modalidades terapéuticas, gestión interna y de equipo, indicadores de actividad, plan de

calidad, formación, docencia e investigación, coordinación, espacios e ingreso y alta; junto con documentos anexos para la evaluación y realización de lo anterior. Aunque este plan no se ha utilizado sistemáticamente. ⁽⁴⁷⁾

Dentro de la UH se usan asiduamente los siguientes protocolos: Historia clínica (formato del Servicio de Psiquiatría), protocolo de valoración de enfermería (diagnóstico con criterios NANDA, programa de intervención y objetivos esperados a corto plazo), programas de cuidados de enfermería (acogida, mantenimiento de pertenencias, adhesión al tratamiento, mantenimiento de la salud, alimentación, nutrición, higiene e imagen personal, ejercicio físico y movilidad, despertar, ocio y tiempo libre, manualidades, interacción social, higiene del sueño, contención psíquica, reunión de pacientes, contención mecánica, estatus rojo, lectura de prensa, visitas de familiares, plan de alta y protocolo de carro de paradas), protocolo de contención física, protocolo antitabaco (por ley está prohibido fumar dentro del recinto hospitalario), protocolo de TEC, protocolo / guía de actuación en caso de fuga de un paciente de la UH y protocolo del virus ébola. ⁽⁴⁷⁾

En cuanto a los indicadores de actividad en 2014 cabe destacar: Índice de funcionamiento = 0,74; Unidad de complejidad hospitalaria = 525; Ingresos = 462; Estancia media = 15,39; Ocupación = 97,41%; y Mortalidad = 0%. ⁽⁴⁷⁾

2.- Selección del instrumento de medida:

Una vez evaluadas las características de la UH conviene buscar un instrumento que cumpla una serie de requisitos que se ajusten a las susodichas características:

- a) Debe estar *específicamente orientada a psiquiatría*, puesto que es un servicio sustancialmente distinto a los demás por las implicaciones de las enfermedades que padecen sus usuarios que hacen que el servicio se adapte difiriendo del resto del hospital.
- b) Debe ser un instrumento que mida la satisfacción con el tratamiento recibido durante el *ingreso en la UH*. La mayor parte de los instrumentos se centran únicamente en Consultas Externas, por lo que no nos serían útiles en el caso.
- c) Debe permitir *hacer pequeños ajustes* para que case con la estructura del servicio de la forma más perfecta que sea posible para evitar discrepancias.
- d) Debe estar *traducida y validada en castellano*. Así se evitan los problemas de usar un instrumento traducido de forma no contrastada y, por lo tanto, no se sabe si tendría la misma validez que el original. También se elude el tener que asegurarse tener que validarlo, con el consecuente gasto de tiempo y recursos que implicaría y de los que se carece para este estudio. Este es un requisito tremendamente importante, puesto que si no se cumpliese estaríamos incurriendo en

graves errores metodológicos que harían que esta investigación perdiese validez.

- e) Debe estar basada o que se pueda adaptar a un *sistema de salud pública*. Y que no esté enfocada únicamente desde un punto mercantilista de optimización de recursos o sobre gastos económicos, ya que nuestro sistema de salud no se gestiona de esta forma, por lo que se perdería la validez a la hora de extrapolar.
- f) Debe obtener información no sólo de la percepción de la satisfacción del paciente, sino también de su *familia*, puesto que es quien vive la evolución del paciente y conviven con él a diario. Por ello, sería recomendable que el instrumento se pudiese aplicar tanto a pacientes como a sus familiares, y que ambos evaluaran sobre cómo perciben el tratamiento recibido tanto por ellos como por el otro (es decir, que el paciente evalúe como se ha tratado a sí mismo y a su familia, y que la familia haga otro tanto).
- g) Debe ser lo suficiente extensa como para *evaluar todos los aspectos del ambiente terapéutico* que se han mencionado en la introducción. Pero no debe ser excesivamente larga, puesto que hará que se pierda la concentración y el interés del encuestado.

Tras realizar una búsqueda de instrumentos de medición de la satisfacción con los servicios sanitarios, teniendo en cuenta todos los requisitos anteriormente expuestos, se llegó a la conclusión que el instrumento más similar a lo buscado era la Versión Europea de la Verona Service Satisfaction Scale (VSSS-EU), concretamente la versión en castellano realizada en el Hospital Universitario “Marqués de Valdecilla” de Santander ⁽⁴²⁾. Además, como se ha comentado en la introducción, esta encuesta ha sido ampliamente utilizada con anterioridad demostrando su gran utilidad.

La encuesta VSSS-EU (que puede verse en el Anexo I) viene acompañada de un manual uso (visible en el Anexo II), que complementa a la primera, dando instrucciones someras de cómo interpretar cada uno de los apartados conformados por las preguntas. Consta de 54 preguntas cerradas que se miden la satisfacción sobre los distintos aspectos con una escala de Likert de 5 puntos (1 = Malísima, 2 = Generalmente insatisfactoria, 3 = Ni buena ni mala, 4 = Generalmente satisfactoria, 5 = Excelente) y miden 7 aspectos: Satisfacción Global, competencia y conducta de los profesionales, información, accesibilidad, eficacia, tipos de intervención e implicación de los familiares. Para completar el análisis cuenta con dos preguntas cerradas que tratan de indagar sobre lo mejor y peor del ingreso desde el punto de vista del entrevistado.

Teniendo en cuenta las características de la UH del HCU “Lozano Blesa” se decidieron suprimir las preguntas relacionadas con los profesionales de psicología, ya que en la planta no se cuenta con ellos. Estas preguntas son 3b, 5b, 6b, 16b y 30b.

3.- Muestra:

Como propuesta inicial se decidió general dos muestras: Una de pacientes y una de familiares, con 20 individuos cada una, y, a poder ser, apareados para que se pudiesen comparar de forma más adecuada.

4.- Procedimientos administrativos:

Una vez con el estudio conformado se pasó a redactar un consentimiento informado (Anexo III), y con todos los documentos se procedió a la obtención de la autorización por parte de la dirección del hospital para llevar a cabo el estudio.

5.- Obtención de datos:

Los métodos de administración de la encuesta fueron dos:

- a) *Una entrevista a los pacientes* llevada a cabo por la encargada del estudio. Ya que se suponía que podían aparecer problemas de falta de atención y de comprensión en algunos pacientes.
- b) *Autoadministrada a las familias*: Se les entregaba durante el horario de visita y se les solicitaba que la rellenasen en casa. Si tenían alguna duda se le podía consultar a la encargada del estudio durante el horario de visitas. Se depositaba en el control de enfermería.

El tiempo de obtención de datos se fijó en tres semanas. Antes de proceder a completar la encuesta se solicitaba la firma del consentimiento informado, tras haberlo leído y explicado si quedaba alguna duda.

Una vez consumidas las tres semanas de obtención de datos, las muestras finales fueron de 20 pacientes y 7 familias.

6.- Análisis estadístico:

Se continuó con el análisis estadístico de los datos con el programa IBM SPSS 20. En parte se usó la propuesta del Manual de uso de la VSSS, pero al haber realizado algunas variantes en el estudio, se decidió complementarla.

Se generaron las variables finales propuestas por el Manual: Puntuación global, satisfacción global, competencia y conducta de los profesionales, información, accesibilidad, eficacia, tipos de intervención, implicación de los familiares.

6.1.- Estadística descriptiva:

A las variables definitivas se les aplicó una estadística descriptiva a ambas muestras (pacientes y familiares) por separado

En primer lugar, a la muestra de pacientes se le aplicó un test para comprobar la normalidad (Shapiro-Wilk), ya que era una muestra pequeña, pero lo suficientemente grande.

A continuación, se realizaron las medidas estadísticas descriptivas consistente en media, mediana, desviación típica y recorrido intercuartílico. Los resultados se recodificaron a la escala Likert original y de ahí al criterio de insatisfacción propuesto por el manual.

6.2.- Test para muestras apareadas:

Se decidió complementar esta información aislando los resultados de los pacientes y de las familias relacionadas que habían completado la encuesta (siete pacientes con sus correspondientes siete familias). Con ellos se compararon de las respuestas a través de la prueba de rangos con signo de Wilcoxon, al no poder asegurarse la normalidad al ser una muestra muy pequeña.

6.3.- Análisis de frecuencias:

Así mismo, en las preguntas de la 41 a la 54 se ha realizado un análisis de la distribución de las frecuencias en las que se ha realizado la intervención: Tanto de la pregunta dicotómica como el deseo de haber recibido el tratamiento en caso de respuesta negativa a la pregunta dicotómica.

6.4.- Preguntas abiertas:

Se realiza un registro de todas las respuestas a las preguntas abiertas 55 y 56.

RESULTADOS

Al contarse con dos muestras, pacientes y familiares, se han tratado en parte del estudio de forma independiente, excepto en el momento del análisis para muestras apareadas.

1.- Normalidad:

En primer lugar se debe comprobar la normalidad de las muestras. Este paso sólo es aplicable a la muestra de pacientes, puesto que la de familiares es demasiado pequeña para poder aplicársele de forma adecuada, asumiéndose que no es normal. En cambio, la muestra de pacientes puede ser sometida al test de Shappiro-Wilk al ser una muestra mayor de 10 y menor de 50.

El resultado de las significaciones del mismo fue: Puntuación global = 0,555; Satisfacción global = 0,140; Competencia y conducta de los profesionales = 0,482; Información = 0,573; Accesibilidad = 0,010; Eficacia = 0,295, Tipos de intervención = 0,295; Implicación de familiares = 0,105. Teniendo en cuenta que si la significación estadística es superior a 0,05 los resultados siguen una distribución normal, se constata que todas las variables la siguen excepto la accesibilidad.

2.- Medidas estadísticas descriptivas:

A continuación se exponen los resultados de las medidas estadísticas descriptivas (media, desviación típica, mediana y recorrido intercuartílico) para ambas muestras, en la Tabla 1 para pacientes, y en la Tabla 2 para familias. En ellos, se vuelve a la escala original de Likert utilizada reconvirtiendo los datos obtenidos como variables cuantitativas continuas, a una escala ordinal. Para ello se realiza un redondeo de decimales en el que si son 0,5 ó superior se le categoriza como el número superior y si es menor, al número inferior. Así mismo, una vez obtenidos estos valores se puede hacer una segunda recodificación, la propuesta por la encuesta, a un criterio de insatisfacción laxo en la que todos los valores del 1 al 3 de la escala de Likert se considerarán como “insatisfecho” y los valores de 4 y 5 como “satisfecho”. En negrita, aparecen en ambas tablas los parámetros descriptivos que se deben tener en cuenta, la media en caso de las variables que han demostrado seguir la normalidad, y la mediana en las que no.

TABLA 1. Medidas estadísticas de la muestra de pacientes.				
VARIABLES	MEDIDAS DESCRIPTIVAS	Resultado	Likert^a	Insatisfacción
Puntuación global	Media	3,8435	4	Satisfecho
	Desviación típica	0,54886		
	Mediana	3,9674	4	Satisfecho
	Recorrido intercuartílico	0,80		
Satisfacción global	Media	3,7167	4	Satisfecho
	Desviación típica	0,81129		
	Mediana	4,0000	4	Satisfecho
	Recorrido intercuartílico	1,00		
Competencia y conducta de los profesionales	Media	4,0143	4	Satisfecho
	Desviación típica	0,56293		
	Mediana	4,0625	4	Satisfecho
	Recorrido intercuartílico	0,86		
Información	Media	3,4667	3	Insatisfecho
	Desviación típica	0,81936		
	Mediana	3,5000	4	Satisfecho
	Recorrido intercuartílico	1,25		
Accesibilidad	Media	3,7500	4	Satisfecho
	Desviación típica	0,55012		
	Mediana	4,0000	4	Satisfecho
	Recorrido intercuartílico	0,88		
Eficacia	Media	3,7563	4	Satisfecho
	Desviación típica	0,66203		
	Mediana	3,9375	4	Satisfecho
	Recorrido intercuartílico	0,88		
Tipos de intervención	Media	3,8026	4	Satisfecho
	Desviación típica	0,70159		
	Mediana	3,9444	4	Satisfecho
	Recorrido intercuartílico	0,89		
Implicación de familiares	Media	3,8200	4	Satisfecho
	Desviación típica	0,71642		
	Mediana	3,9000	4	Satisfecho
	Recorrido intercuartílico	1,15		

a) Escala de Likert: 1 = Malísima, 2 = Generalmente insatisfactoria, 3 = Ni buena ni mala, 4 = Satisfactoria, 5 = Excelente.

TABLA 2. Medidas estadísticas de la muestra de familias.				
VARIABLES	MEDIDAS DESCRIPTIVAS	Resultado	Likert^a	Insatisfacción
Puntuación global	Media	3,9729	4	Satisfecho
	Desviación típica	0,39902		
	Mediana	3,9783	4	Satisfecho
	Recorrido intercuartílico	0,69		
Satisfacción global	Media	3,9048	4	Satisfecho
	Desviación típica	0,76290		
	Mediana	4,0000	4	Satisfecho
	Recorrido intercuartílico	1,00		
Competencia y conducta de los profesionales	Media	4,1304	4	Satisfecho
	Desviación típica	0,42235		
	Mediana	4,2500	4	Satisfecho
	Recorrido intercuartílico	0,85		
Información	Media	4,0476	4	Satisfecho
	Desviación típica	0,55872		
	Mediana	3,6667	4	Satisfecho
	Recorrido intercuartílico	1,00		
Accesibilidad	Media	3,2857	3	Insatisfecho
	Desviación típica	0,75593		
	Mediana	3,5000	4	Satisfecho
	Recorrido intercuartílico	0,50		
Eficacia	Media	4,0536	4	Satisfecho
	Desviación típica	0,55835		
	Mediana	3,8750	4	Satisfecho
	Recorrido intercuartílico	1,13		
Tipos de intervención	Media	3,4682	3	Insatisfecho
	Desviación típica	0,31472		
	Mediana	3,4000	3	Insatisfecho
	Recorrido intercuartílico	0,38		
Implicación de familiares	Media	4,0286	4	Satisfecho
	Desviación típica	0,71581		
	Mediana	3,8000	4	Satisfecho
	Recorrido intercuartílico	1,60		

a) Escala de Likert: 1 = Malísima, 2 = Generalmente insatisfactoria, 3 = Ni buena ni mala, 4 = Satisfactoria, 5 = Excelente.

3.- Test de rangos con signo de Wilcoxon:

A continuación se aplicó el test de rangos con signo de Wilcoxon para datos apareados, seleccionándose los del paciente y su correspondiente familiar para cada una de las variables finales del estudio. Siendo los resultados los que se muestran en la Tabla 3.

TABLA 3. Test de rangos con signo de Wilcoxon		
Variable	Z	Significación
Puntuación total	-0,676	0,499
Satisfacción global	-1,051	0,293
Competencia y conducta de los profesionales	-0,676	0,499
Información	-1,876	0,061
Accesibilidad	-1,633	0,102
Eficacia	-1,219	0,223
Tipos de intervención	-0,943	0,345
Implicación de familiares	-0,679	0,497

Como todos los resultados de la significación estadística de las distintas variables son superiores 0,05 no se puede rechazar la hipótesis nula, por lo que se asume que no hay diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones de la muestra de pacientes y sus correspondientes familiares.

4.- Distribución de frecuencias de las intervenciones:

Además de las variables finales, es necesario analizar las preguntas sobre las intervenciones de la 41 a la 54. Se han analizado las frecuencias de si recibieron o no la intervención, y de no haberla recibido si la hubiesen deseado recibir, todo ello en las Tablas 4 y 5.

Tabla 4. Distribución de frecuencias de preguntas sobre intervenciones en la muestra de pacientes										
Pregunta	Sí recibido		NO recibido							
			Total		NO hubiese deseado recibirlo		Sí hubiese deseado recibirlo		NO SABE si hubiese deseado recibirlo	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
41	16	80	4	20	3	75	1	25	0	0
42	10	50	10	50	4	40	6	60	0	0
43	14	70	6	30	2	33,3	3	50	1	16,7
44	7	35	13	65	8	61.5	4	30.8	1	5
45	9	45	11	55	5	45.5	6	54.5	0	0
46	0	0	20	100	17	85	2	10	1	5
47	3	15	17	85	7	41.2	7	41.2	3	17.6
48	2	10	18	90	7	38.9	6	33.3	5	27.8
49	0	0	20	100	7	35	8	40	4	25
50	13	65	7	35	5	71.4	28.6	0	0	0
51	0	0	20	100	9	45	7	35	4	20
52	1	5	19	95	6	31.6	13	68.4	0	0
53	0	0	20	100	10	50	9	45	1	5
54	4	20	16	80	8	50	6	37.5	2	12.5

Tabla 4. Distribución de frecuencias de preguntas sobre intervenciones en la muestra de familias										
Pregunta	Sí recibido		NO recibido							
			Total		NO hubiese deseado recibirlo		Sí hubiese deseado recibirlo		NO SABE si hubiese deseado recibirlo	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
41	6	85.7	1	14.3	0	0	1	100	0	0
42	2	28.6	5	71.4	0	0	5	100	0	0
43	4	57.1	3	42.9	0	0	3	100	0	0
44	2	28.6	5	71.4	5	100	0	0	0	0
45	3	42.9	4	57.1	0	0	4	100	0	0
46	0	0	7	100	6	85.7	1	14.3	0	0
47	1	14.3	6	85.7	1	16.7	3	50	2	33.3
48	1	14.3	6	85.7	1	16.7	4	66.7	1	16.7
49	0	0	7	100	1	14.3	4	57.1	2	28.6
50	4	57.1	3	42.9	1	14.3	2	28.3	0	0
51	0	0	7	100	3	42.9	3	42.9	1	14.3
52	0	0	7	100	3	42.9	2	28.6	2	28.6
53	0	0	7	100	3	42.9	3	42.9	1	14.3
54	0	0	7	100	1	14.3	5	71.4	1	14.3

5.- Preguntas abiertas:

Para concluir se realiza un registro de las opiniones expresadas en las dos preguntas abiertas (55 y 56). No se realiza un análisis cualitativo al tratarse de una muestra muy pequeña, lo que dificulta encontrar un patrón de respuesta. Pueden verse en el Anexo IV.

DISCUSIÓN

1.- Limitaciones:

Al tratarse esta investigación de un estudio piloto ha tenido una serie de limitaciones solventadas con mayor o menor éxito. Por ello se van a comentar a continuación y a plantear una serie de soluciones o recomendaciones a la hora de continuar en un estudio ulterior, más grande y reglado.

1.1.- Tiempo de duración del registro de datos:

Teniendo en cuenta que la UH cuenta con 20 camas, y que la estancia media de cada uno de los pacientes es 15 días, obtener en tres semanas los datos de 20 pacientes y 20 familiares es francamente complicado.

En el estudio ulterior sería recomendable realizarlo durante un tiempo bastante más prolongado para obtener una muestra mayor y más representativa. Incluso sería recomendable establecerlo de rutina y añadirlo a las evaluaciones o protocolos cotidianos de la UH, utilizándose para obtener datos anuales. Esto permitiría usar esta herramienta como indicador de calidad y una guía para mejorarla, ya que la satisfacción es el mejor estimador del ambiente terapéutico, tan defendido en psiquiatría como una parte vital del tratamiento.

1.2.- Colaboración de las familias:

En este estudio la colaboración de los familiares ha sido francamente baja, lo que hace que los datos sean de peor calidad. Es algo muy importante a solventar, puesto que la opinión de las familias es crucial, porque son el evaluador más cercano al paciente capaz de juzgar el efecto del tratamiento recibido sobre él de forma más tangible. Una de las posibilidades de que la tasa de respuesta haya sido tan baja posiblemente se deba a que se les dispensó la encuesta para que la rellenasen en sus respectivas casas (para no robarles tiempo de estar con sus familiares en las horas de visita) y posteriormente la trajesen de vuelta a la UH; y, a pesar de haberles explicado la finalidad de la misma no se encontró el interés suficiente o no se comprendieron las preguntas, por lo que se abandonó el cumplimentarla.

Una posible solución sería concertar una cita con la familia para cumplimentarla. Siendo que requiere 20 minutos de tiempo, es viable llevarla a cabo sin interrumpir mucho el resto de la labor clínica.

1.3.- Datos de filiación:

En este estudio se redujeron al máximo, simplificándose a si se trataba de un paciente o de un familiar.

En estudios posteriores sería recomendable hacer un apartado de datos de filiación más extenso, que incluya al menos sexo, edad y patología del paciente, y si se trata de un familiar, además de los datos del paciente, su edad, su sexo y su relación con el paciente. Todos estos datos permitirían poder hacer un análisis más exhaustivo, teniendo en cuenta todas estas variables también, y analizar si influyen en la percepción de la satisfacción. Además permitirá tener más perfilado al paciente.

Otro dato de filiación que puede considerarse crucial a la hora de analizar la encuesta sería el tipo de ingreso: involuntario, voluntario o programado. Puede condicionar ampliamente la visión del paciente de lo vivido en la unidad, ya que un ingreso involuntario puede dar tintes negativos a la percepción del paciente del ambiente terapéutico al no querer encontrarse en él.

También podría completarse con el número de ingresos que cuenta en su haber el paciente, incluido el presente ingreso.

1.4.- Momento de realización de la entrevista dentro del ingreso:

En esta ocasión, motivado por la falta de tiempo para realizar la totalidad del estudio, no se ha entrevistado de forma sistemática a todos los pacientes, por lo que se les ha realizado la encuesta en distintos momentos de su ingreso y no a todos en el mismo. Siempre se intentó que llevasen como mínimo cuatro días ingresados para que pudiesen haber explorado mínimamente la complejidad de la UH. Esto genera diferencias en el conocimiento sobre las intervenciones y sobre el tratamiento recibido, sobre todo si se trata de un primer ingreso, que no conocen en absoluto el funcionamiento ni los tratamientos, lo que puede generar que si se les encuesta los primeros días tengan muchas dudas sobre buena parte de las preguntas de la encuesta.

Por ello, se propone sistematizar el momento en el que realizar esta encuesta, siendo el idóneo al alta, estableciéndolo como uno de los últimos pasos terapéuticos del ingreso. Así mismo se recomendaría que cuando venga la familia a recoger al paciente para llevarlo a casa el día que se le da el alta, cuando hablen con el médico, se les solicite que cumplimenten la encuesta. De esta forma se podrían obtener los datos de ambas partes y aparearlas para completar el estudio de una forma más exhaustiva.

1.5.- Diferencias en las intervenciones recibidas por cada paciente:

Es cierto que cada paciente tiene unas necesidades distintas en cuanto a su tratamiento y, por ello, las intervenciones y los profesionales que le atienden son distintos. Pero a la hora de realizar la encuesta se generan preguntas con un número de respuestas muy bajo, por ejemplo a las relacionadas con el trabajador social, lo que hace que los datos de satisfacción al respecto sean menos fiables.

Esto debería solventarse adaptando la encuesta o, simplemente, al aumentar la muestra, aunque siga siendo un número menor al del resto de respuestas, logre ser un número lo suficientemente representativo.

1.6.- Entrevistador:

Es altamente recomendable que el entrevistador conozca bien la encuesta para que pueda explicar las preguntas que los pacientes no entiendan y cambiar las palabras a otras más adecuadas para su comprensión. Así mismo, a las familias que se les ofreció realizarlas con un entrevistador, en vez de autocumplimentarlas, todas ellas aceptaron y se rellenó la encuesta sin problemas y solventando las dudas. Mientras que las familias a las que se les ofreció llevársela, proporcionalmente la devolvieron cumplimentada fue mucho menor, de ahí la falta de respuestas de familiares.

Esto se solventaría con lo expuesto en el apartado del momento de realizarla, estandarizar pasarla a la familia con un entrevistador al alta del paciente.

1.7.- Pequeño tamaño muestral:

Ya en los diversos puntos se han explicado las razones del reducido número del tamaño de ambas muestras, tanto de la de pacientes, como de la mayor escasez de colaboración de las familias. Este número reducido podría causar falta de precisión o de validez de los datos debido al emboscamiento de los valores límites, que si son escasos se diluyen entre los valores centrales. Sin embargo, al aumentar el tamaño muestral, estos valores límite serían más numerosos, de forma que sería una muestra más representativa y válida, al desaparecer el emboscamiento de estos datos.

1.8.- Sesgo del voluntario:

Cabría tener en cuenta que al no tratarse de un requisito obligatorio, rellenaron la encuesta los voluntarios. El ofrecerse voluntarios puede deberse a dos razones: Que estén satisfechos o que no lo estén y quieran quejarse. La forma de eliminar este sesgo es estandarizar la cumplimentación de la encuesta por todos los pacientes y no sólo por los que se ofrezcan a ello.

1.9.- Metodología:

A pesar de las limitaciones comentadas se ha tratado de hacer una metodología lo más correcta y adecuada posible, tanto en la obtención de datos como a la hora de procesar los mismos, adecuándose a las susodichas limitaciones. En estudios posteriores, sería recomendable establecer una metodología que solventase todos los aspectos deficitarios de este estudio.

1.10.- Análisis de los datos:

Se parte de unos datos de carácter ordinal. Siguiendo las instrucciones del manual se generan ocho variables finales de carácter cuantitativo continuas, que requieren ser reconvertidas posteriormente a los valores ordinales originales de la escala de Likert y a continuación transformarlas en función del criterio de insatisfacción propuesto también por el manual. Este hecho implica la realización de un redondeo para transformar una variable cuantitativa continua a una ordinal, tratándose de una aproximación en todo caso.

2.- Análisis del estudio:

El estudio de la satisfacción en la Unidad de Hospitalización de Psiquiatría es escaso, generalmente se ve imbuido dentro de estudios de la totalidad del servicio, o analizado específicamente por enfermedades y trastornos. En cuanto al análisis de la satisfacción de la familia, en los estudios habitualmente pasa desapercibido o únicamente evaluado por el propio paciente y no por su familia. Debido a estas situaciones, no se han encontrado datos lo suficientemente relevantes de estudios de características similares a la presente investigación. Por ello, no se realiza una comparativa con datos de estudios previos, si no que se analizan únicamente los obtenidos al no haber un precedente que se ajuste a la totalidad de este estudio.

Teniendo en cuenta qué variables siguen una distribución normal (observamos la media) y cuáles no (observamos la mediana), se obtiene que los pacientes están generalmente satisfechos, según la escala de Likert, y satisfechos, según criterios de insatisfacción, para las variables puntuación total, satisfacción global, competencia y conducta de los profesionales, accesibilidad, eficacia, tipo de intervenciones e implicación de los familiares; y con una satisfacción codificada como ni buena ni mala según la escala de Likert, e insatisfechos según criterios de insatisfacción, para la variable de información. Con estos resultados se puede hablar de que en general los pacientes están satisfechos con todos los aspectos del ingreso y de la UH, a excepción de la información. Este resultado nos indica que lo prioritario a resolver en este momento es el déficit de la información, ya que se ha visto como el punto débil por parte de los pacientes. Así mismo, todas las variables están en el rango de poder mejorar, puesto que permanecen con una puntuación aproximada de 4 en la escala de Likert, de forma que si se mejora sus parámetros descriptivos se puedan aproximar a puntuaciones que superen el 4 y se acerquen al 5.

Por parte de las familias, atendiendo en todo momento a la mediana, puesto que al ser una muestra tan pequeña que no se puede asegurar su normalidad, se obtiene el resultado de “generalmente satisfactoria” según la escala de Likert y “satisfecho” según el criterio de insatisfacción para todas las variables a excepción de la variable de tipos de intervención, la cual puntúa como “ni

buena ni mala” en la escala de Likert e “insatisfecho” en el criterio de insatisfacción. Del mismo modo, los tipos de intervención serían uno de los puntos prioritarios a mejorar a raíz de estos resultados, e, igual que desde el punto de vista de los pacientes, todas las variables tienen posibilidad de mejora.

Siendo el análisis de la opinión de las familias (desde su propio punto de vista y no únicamente desde el del paciente) el apartado más novedoso en este estudio, se decidió investigar si guardaban relación los resultados de los pacientes y los de sus familiares. Al poder interpretarse como datos apareados, puesto que es medir un mismo resultado desde el punto de vista de dos observadores diferentes, se le aplicó a esos datos apareados, para cada paciente desde el punto de vista de su familia y del suyo, el test de rangos con signo de Wilcoxon. Se escogió este test no paramétrico dado que la muestra constaba de 7 pacientes con sus datos y los de sus familias, por lo que las muestras eran demasiado pequeñas como para asumir normalidad. Para todas las variables se obtuvo una significación estadística superior a 0,05, de forma que los resultados de ambas muestras estaban relacionados. Esto nos permite apuntar que la vivencia por parte del paciente y la impresión de la familia sobre la misma guardan una cierta correlación que deberá estudiarse con una muestra más grande y evaluar la concordancia los datos a través del índice de Kappa, por ejemplo.

En el análisis de distribución de frecuencias de las intervenciones, analizando si la han recibido o no, se observa que hay muchas en las que la gran mayoría apenas han sido recibidas por los pacientes, incluso algunas de las intervenciones que se podrían ofertar o se ofertan no han sido recibidas por ningún paciente. Y en muchas de estas ocasiones, tanto los pacientes como las familias hubiesen deseado que se llevasen a cabo. Esto nos indica, que al margen de la satisfacción obtenida con el tratamiento recibido, hay una demanda de intervenciones que se podrían llevar a cabo y no se llevan, que satisfarían necesidades y peticiones deseadas por los pacientes y sus familias que podrían contribuir al tratamiento y mejorar el rendimiento del mismo y la vida de los pacientes.

Para concluir el comentario de los resultados, a las preguntas abiertas debería aplicárseles una estadística cualitativa amplia, pero debería haber un mayor número de datos para poder buscar patrones y concordancias reales. De modo que se deja en este estudio a modo de registro en el que aparecen gran variedad de situaciones a mejorar y otras que se deben mantener como deben estar. El análisis minucioso de estos datos daría pistas más directas de los comportamientos a premiar por su calidad y de los que se deben de mejorar, además de los remarcados por los resultados del resto de la encuesta.

Con todos estos datos, se puede presuponer que esta herramienta puede llegar a ser un buen estimador de la satisfacción, tanto desde el punto de vista de los pacientes como del de sus familias, pudiendo ser usada para clarificar los puntos en los que se debe mejorar el ambiente terapéutico de la UH así como una medición de la calidad del mismo. Se requeriría un estudio más amplio y exhaustivo, solventando las limitaciones planteadas, para su uso sistemático en la UH.

3.- Perspectivas de futuro:

De cara a futuros estudios, se debe tener en cuenta la necesidad de solventar las limitaciones anteriormente expuestas, a lo que se le podrían añadir otras perspectivas para enriquecerlo que se van a relatar a continuación.

El análisis en función de la patología es un aspecto que no se ha llevado a cabo en esta ocasión por falta de tiempo y de datos. En un futuro sería muy interesante estimar los resultados en función de las patologías para ver si realmente estas afectan a como aprecian el ambiente terapéutico y el tratamiento que se les ha dado. Además, inicialmente esta encuesta fue utilizada con pacientes diagnosticados de esquizofrenia, y después se generalizó, por ello podría ser francamente interesante hacer un análisis comparativo en función de las patologías de los pacientes.

Así mismo podría realizarse un análisis de la afectación de la percepción de la satisfacción en función del cariz del ingreso, en busca de evidencias de si un ingreso involuntario se vive de forma más negativa y consecuentemente con una satisfacción menor. También se podría analizar en función de si es un primer ingreso o no, ya que como se ha visto en la introducción algunos autores comentan que este podría ser una variable dentro de la percepción de la satisfacción debido a las expectativas diferentes que se tiene.

La VSSS-EU es una herramienta que permite cierto grado de modificación para adaptarla a las características específicas de la unidad o el servicio al que se le va a aplicar. Por ello, para el estudio ulterior se deberían perfilar más algunas preguntas que no terminan de ser precisas para la organización de nuestra UH. Además, la traducción al castellano, en ocasiones resulta confusa y requiere ser explicada a los pacientes con otras palabras. Este hecho dificulta la comprensión y la adecuada cumplimentación si no se realiza con un entrevistador al lado, por ello, aunque la vaya a pasar un entrevistador entrenado, sería recomendable adaptar estas preguntas que generan dudas semánticas para que sean más claras y comprensibles pero sin perder los matices de su significado.

Siguiendo con la línea de innovación que ha supuesto la inclusión de los familiares, se podría continuar con test para muestras apareadas y test de concordancia (índice kappa) con intención de demostrar la validez de su uso de

forma emparejada para completar la visión del paciente y de su vivencia del ambiente terapéutico de la UH desde el mayor número de puntos de vista posibles para obtener una impresión lo más completa y precisa.

De cara a usar la VSSS-EU como un instrumento de mejora de la calidad asistencial, para encontrar los puntos deficitarios de cada área (variables finales de este estudio) debería hacerse un análisis pormenorizado pregunta por pregunta de toda la encuesta, con una distribución de frecuencias de cada una de ellas, como indica el manual que se puede realizar. Esto daría información pormenorizada de qué detalle o aspecto concreto tiene un mayor número de respuestas de carácter insatisfactorio según el criterio de insatisfacción, propuesto también por el manual. Además, esto se complementa con el análisis cualitativo sugerido para las preguntas abiertas, que permitirán dar con situaciones y elementos más concretos. Así mismo se puede usar no sólo para detectar los fallos, sino también para detectar los puntos fuertes del ambiente terapéutico de la UH, para tratar de mantenerlos y reforzarlos en el tiempo, mientras se trata de elevar el resto de ítems que tenga una menor puntuación. Todo ello en instancia de una mejor calidad asistencial de forma progresiva y constante, que debe ser una máxima en todo servicio.

Por todo lo expuesto en este apartado, se apoya desde este estudio el futuro uso de la VSSS-EU como instrumento de medida de la satisfacción del paciente con los servicios recibidos en la UH, y por ende con su ambiente terapéutico, tanto desde el punto de vista del propio paciente como el de sus familiares. Tomando estos datos como medidor de calidad e instrumento de mejora de la calidad asistencial proporcionada desde la misma. Es decir, se apoya su inclusión en el paquete de protocolos a realizar al paciente ingresado en UH (y a sus familiares) de forma estandarizada y, así mismo, incluirlo en paquete de medidas de calidad del servicio de forma rutinaria para su evaluación.

CONCLUSIONES

1. La VSSS-EU es la herramienta más adecuada para la medición de la satisfacción en nuestra UH.
2. Los pacientes están “generalmente satisfechos” (escala de Likert) o “satisfechos” (criterio de insatisfacción) para todas las variables excepto para la de información, para la que puntúan “ni buena ni mala” o “insatisfechos” respectivamente.
3. Las familias están “generalmente satisfechos” (escala de Likert) o “satisfechos” (criterio de insatisfacción) para todas las variables excepto para los tipos de intervenciones, para la que puntúan “ni buena ni mala” o “insatisfechos” respectivamente.
4. Las respuestas de los pacientes y sus familias están relacionadas.
5. 4 de las 14 posibles intervenciones no han sido ofertadas a los pacientes, y tanto ellos como sus familias hubiesen deseado recibirlas.
6. La satisfacción de los pacientes y sus familias debe ser un criterio de mejora de la calidad asistencial y debería evaluarse de rutina en la UH, contando, a ser posible, con familiares y asociaciones de pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sunyer J, Sánchez J, Guimón J. Medición de ambientes terapéuticos. In: Medición clínica en psiquiatría y psicología. 1ª ed. Barcelona: Masson; 2002. p. 459–69.
2. Pedreira V, Rodríguez MV, Bruceta JL, González E, Paloma RE. La hospitalización como instrumento terapéutico. In: El componente de salud mental en el hospital general. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría; 2015. p. 85–104.
3. Expert Committee on Mental Health. 3rd Report. Genova; 1953.
4. National Institute for Clinical Excellence. Violence. The short-term management of disturbed/violent behavior in in-patients psychiatric settings and emergency department. Clinical guideline 25. 2000.
5. Lobo A. Asistencia psiquiátrica. In: Manual de psiquiatría general. Madrid: Editorial médica panamericana; 2013. p. 663–76.
6. Björkdahl A, Palmstierna T, Hansebo G. The bulldozer and the ballet dancer: aspects of nurses' caring approaches in acute psychiatric intensive care. J Psychiatr Ment Health Nurs [Internet]. 2010 Aug [cited 2016 Mar 10];17(6):510–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20633078>
7. Kennedy J, Fortune T. Women's Experiences of Being in an Acute Psychiatric Unit: An Occupational Perspective. Br J Occup Ther. 2014;77(6):296–303.
8. Shattell MM, Andes M, Thomas SP. How patients and nurses experience the acute care psychiatric environment. Nurs Inq [Internet]. 2008 Sep [cited 2016 Mar 10];15(3):242–50. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18786217>
9. Thibeault CA, Trudeau K, d'Entremont M, Brown T. Understanding the Milieu Experiences of Patients on an Acute Inpatient Psychiatric Unit. Arch Psychiatr Nurs. 2010;24(4):216–26.
10. Timko C, Moos RH. Determinants of the Treatment Climate in Psychiatric and Substance Abuse Programs: Implications for Improving Patient Outcomes. J Nerv Ment Dis. 1998;186(2):96–103.
11. Rossberg JI, Friis S. Patients' and Staff's Perceptions of the Psychiatric Ward Environment. Psychiatr Serv [Internet]. 2004 Jul [cited 2016 May 22];55(7):798–803. Available from: <http://psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/appi.ps.55.7.798>
12. Moos RH. Evaluating treatment environments: The quality of psychiatric and substance abuse programs. 2ª ed. New Jersey: Transaction Publishers; 1997.
13. Gjerden P, Moen H. Patient satisfaction and ward atmosphere during a crisis in an open psychiatric ward. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2001;36(11):529–32.
14. Moliner M. Diccionario de uso del español. 2ª ed. Madrid: Gredos; 1998. 1035-1036 p.

15. Aishvarya S, Maniam T, Karuthan C, Sidi H, Jaafar NRN, Oei TPS. Psychometric properties and validation of the Satisfaction With Life Scale in psychiatric and medical outpatients in Malaysia. *Compr Psychiatry*. 2014;55:S101–6.
16. Hochwälder J, Mattsson M, Holmqvist R, Cullberg J, Rosenbaum B. Psychometric evaluation of the Danish and Swedish Satisfaction with Life Scale in first episode psychosis patients. *Qual Life Res* [Internet]. Springer Netherlands; 2013 Apr 15 [cited 2016 May 23];22(3):537–46. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s11136-012-0185-8>
17. DeJonge T, Veenhoven R, Kalmijn W, Arends L. Pooling Time Series Based on Slightly Different Questions About the Same Topic Forty Years of Survey Research on Happiness and Life Satisfaction in The Netherlands. *Soc Indic Res* [Internet]. Springer Netherlands; 2016 Mar 21 [cited 2016 May 23];126(2):863–91. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s11205-015-0898-5>
18. Manuel M. Puesta en práctica de la evaluación de los resultados en los sistemas asistenciales de Salud Mental. In: *Medida de resultados en psiquiatría: Una revisión exhaustiva*. Barcelona: Ars Medica; 2004. p. 339–63.
19. Tansella M, Thornicroft G. Evaluación de los servicios psiquiátricos. In: *Tratado de psiquiatría*. Barcelona: Ars Medica; 2003. p. 1867–79.
20. Ruggeri M. Satisfaction with mental health service. In: The Royal College of Psychiatrists, editor. *Mental Health Outcome Measures*. 3^a ed. Londres: RCPsych Publications; 2010. p. 99–115.
21. Andrés J, Bulbena A, Altés J, Mir L. Evaluación de hospitales psiquiátricos. In: *Medición clínica en psiquiatría y psicología*. 1^a ed. Barcelona: Masson; 2002. p. 447–58.
22. Webb Y, Clifford PI, Graham P. A simple method of evaluating patients' perception of their treatment and care. *Bull Menninger Clin*. 1999;63(3):401–12.
23. Vega-Dienstmaier JM, Arévalo-Flores JM, Tomateo-Torvisco JD, Cabello E. Validation of an instrument to assess the user satisfaction of the out-patient psychiatric services in a public hospital. *Rev Neuropsiquiatr. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Facultad de Medicina*; 2014;77(4):272–83.
24. Castillo E. Escala Multidimensional SERVQUAL. Adaptación de la original americana por la Universidad de Bío-B. 2005.
25. Marshall GN, Hays RD. The Patient Satisfaction Questionnaire Short Form (PSQ-18). *Rand*. 1994.
26. Holikatti, Prabhakar; Kar, Nilamadhab; Mishra, Ajaya; Shukla, Rajnikant; Swain S et al. A study on patient satisfaction with psychiatric services. *Indian J Psychiatry*. 2012;54.4:327–32.
27. Hansen LK, Vincent S, Harris S, David E, Surafudheen S, Kingdon D. A Patient Satisfaction Rating Scale for Psychiatric Service Users. *Psychiatrist* [Internet]. 2010;34(11):485–8. Available from: <http://search.proquest.com/docview/822497395?accountid=11862> http://openurl.ac.uk/athens:112?url_ver=Z39.88-2004&rft_val_fmt=info:ofi/fmt:kev:mtx:journal&genre=unknown&sid=ProQ:ProQ:assiashell&atitle=A+Patient+Satisfaction+Rating+Scale+for+Psychiatric+S

28. Vogedes D, Varpe Ø, Søreide JE, Graeve M, Berge J, Falk-Petersen S, et al. PatSat - Patient Satisfaction Survey. *J Plankton Res.* 2010;32(10 supplementary):2–3.
29. Pellegrin K, Stuart G, Maree B, Frueh B, Ballenger J. Scoring the Charleston Psychiatric Outpatient Satisfaction Scale - A brief scale for assessing patients' satisfaction with care in outpatient psychiatric services. *Psychiatr Serv.* 2001;56:816–81.
30. Gros DF, Gros KS, Acierno R, Frueh BC, Morland LA. Relation Between Treatment Satisfaction and Treatment Outcome in Veterans with Posttraumatic Stress Disorder. *J Psychopathol Behav Assess* [Internet]. 2013 Dec 28 [cited 2016 Mar 7];35(4):522–30. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s10862-013-9361-6>
31. Elisha D, Khawaled R, Radomislensky I, M. Ponizovsky A. Validation of the Charleston psychiatric satisfaction scale—Hebrew version adapted for use in Israel. *Open J Psychiatry* [Internet]. 2012 [cited 2016 Mar 7];02(02):141–6. Available from: <http://www.scirp.org/journal/PaperDownload.aspx?DOI=10.4236/ojpsych.2012.2019>
32. Gebhardt S, Wolak AM, Huber MT. Patient satisfaction and clinical parameters in psychiatric inpatients—the prevailing role of symptom severity and pharmacologic disturbances. *Compr Psychiatry.* 2013;54(1):53–60.
33. Ruggeri M, Lasalvia A, Dall'agnola R, Van W, Knudsen H, Leese M, et al. Development, internal consistency and reliability of the Verona Service Satisfaction Scale-European Version. EPSILON Study 7. European Psychiatric Services: inputs linked to outcome domains and needs. *Br J Psychiatry Suppl*41-s48. 2000;
34. Schmidt J, Nübling R. Z U F - 8 – Fragebogen zur Patientenzufriedenheit. 2002. p. 1.
35. Bandeira M, Pitta A, Mercier C. ESCALA DE AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS COM OS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL (SATIS-BR). *J Bras Psiquiatr.* 2000;49(8):293–300.
36. Hirata Soares M, Thais D, Ceciliano D. Stress and satisfaction of family members and independent living skills of psychiatric outpatients. *Arch Clin Psychiatry.* 2014;41(6):138–41.
37. Comisión nacional de investigación científica y tecnológica del Ministerio de Salud del Gobierno de Chile. Validación transcultural del instrumento de satisfacción usuaria Verona Service Satisfaction Scale (VSSS) [Internet]. Santiago de Chile; 2007 [cited 2016 May 23]. Available from: <http://www.conicyt.cl>
38. Corbiere M, Lesage A, Lauzon S, Ricard N, Reinhartz D. French validation of the Verona service satisfaction Scale-VSSS-54F. *Enceph Psychiatr Clin Biol Ther.* 2003;29(2):110–8.

39. Mory C, Matschinger H, Roick C, Kilian R, Bernert S, Angermeyer M. The German adaptation of the Verona Service Satisfaction Scale: An instrument for patients' satisfaction with mental health care [Die deutsche version der Verona Service Satisfaction Scale (VSSS-54): Ein instrument zur erfassung der patientenzufriedenheit. *Psychiatr Praxis*,. 2001;28(2):S91–6.
40. Pérez de los Cobos J, Valero S, Haro G, Fidel G, Escuder G, Trujols J, et al. Development and psychometric properties of the Verona Service Satisfaction Scale for methadone-treated opioid-dependent patients (VSSS-MT). *Drug Alcohol Depend*. 2002;68(2):209–14.
41. Ruggeri M, Biggeri A, Rucci P, Tansella M. Multivariate analysis of outcome of mental health care using graphical chain models The South-Verona Outcome Project 1. *Psychol Med*. 1998;28(6):1421–31.
42. Ruggeri M, Dall'agnola R. Verona Service Satisfaction Scale (VSSS-EU) - Versión Española. Santander: Unidad de Investigación en Psiquiatría Clínica y Socila del H.C.U. "Marqués de Valdecilla"; 2000.
43. Ruggeri M, Koeter M, Schene A, Bonetto C, Vázquez-Barquero JL, Becker T, et al. Factor solution of the BPRS-expanded version in schizophrenic outpatients living in five European countries. 2004;
44. Ruggeri M, Lasalvia A, Bisoffi G, Thornicroft G, Vázquez-Barquero JL, Becker T, et al. Satisfaction with mental health services among people with schizophrenia in five European sites: results from the EPSILON Study. *Schizophr Bull* [Internet]. 2003 [cited 2016 May 16];29(2):229–45. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14552499>
45. Zhand N, Nazemian A, Mohammadi M reza, Amini H, Sharifi V, Mottaghipour Y, et al. Verona Service Satisfaction Scale- 32 (VSSS-32): Persian Translation and Cultural Adaptation. *Iran J Psychiatry*. Tehran University of Medical Sciences; 2008;3(4):25–9.
46. Μπλέτσα Δ. Greek translation and adaptation of the Verona Service Satisfaction Scale - VSSS-54: Focus Groups quality method. Psychometric properties: acceptability, content validity Μετάφραση και προσαρμογή στα ελληνικά της Verona Service Satisfaction Scale - VSSS-5. Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων. Σχολή Ιατρικής. Τμήμα Ιατρικής. Τομέας Κοινωνικής Ιατρικής και Ψυχικής Υγείας. Κλινική Ψυχιατρική Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων; 2008.
47. Campos RC. Proyecto de gestión clínica. Unidad de hospitalización de adultos, Servicio de psiquiatría del Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa." Zaragoza; 2015.

ANEXOS

***ANEXO I: Cuestionario de la
Verona Service Satisfaction
Scale (VSSS-EU)***

Verona Service Satisfaction Scale (VSSS-EU) ^{1 2}

Escala de Verona para Valoración de la Satisfacción con el
Servicio de Psiquiatría

Pacientes

Las preguntas de este cuestionario tienen como finalidad conocer su experiencia con el servicio de Salud Mental durante el último año

Es muy importante que sus respuestas sean **sinceras**; exprese libremente y sin temor su opinión, **sea cual sea**. Estamos especialmente interesados en conocer **sus críticas** y **cuáles han sido los aspectos negativos** de su experiencia con el Servicio.

Todas sus respuestas serán tratadas con **la máxima discreción**. Nadie conocerá las opiniones que haya expresado en este cuestionario, incluidos sus familiares y el personal de la Unidad.

Por favor, pídanos ayuda si alguna pregunta no le resulta clara o si encuentra algún problema al contestar el cuestionario. Lea atentamente las preguntas y tómese el tiempo necesario para responder.

¡Recuerde que es muy importante que las respuestas reflejen su verdadera opinión!

Derechos reservados. La reproducción y utilización de este cuestionario solo está permitida con el permiso de los autores o los adaptadores de la versión en lengua española ³

1. M. Ruggeri & R. Dall'Agnola (1993). The development and use of the Verona Expectations for Care Scale (VECS) and the Verona Service Satisfaction Scale (VSSS) for measuring expectations and satisfaction with community-based psychiatric services in patients, relatives and professionals. *Psychological Medicine*, 23, 511-523. Los ítems 1 a 21 y 23, 29 y 39, así como las dos preguntas abiertas, han sido traducidas o modificadas, con el permiso de los autores, del Service Satisfaction Scale-30 o instrumentos derivados (T.K. Greenfield & Attkisson, 1989. Steps toward a multifactorial satisfaction scale for primary care and mental health services. *Evaluation and Program Planning*, 12, 271-278).
2. Versión española realizada en la UIPCS (Unidad de Investigación en Psiquiatría Clínica y Social) Hospital Universitario "Marqués de Valdecilla" (Santander) y Unidad de Investigación en Psiquiatría Social Comunitaria de la Facultad de Medicina de la Universidad de La Laguna (Tenerife).
3. Contactar con: Unidad de Investigación en Psiquiatría Clínica y Social. Hospital Universitario "Marqués de Valdecilla" Avda. Valdecilla s/n. 39008 Santander. España; o con Dr. ssa. Mirella Ruggieri, Servizio di Psicologia Medica, Istituto di Psichiatria, Ospedale Policlinico – 37134 Verona – Tel.: (045) 8074441; Fax: (045) 585871.

En las siguientes páginas le preguntamos sobre sus experiencias al utilizar los servicios de salud mental durante el último año.

Por favor, marque la respuesta que mejor describa su impresión general sobre diferentes aspectos al utilizar los servicios de salud mental durante el último año. Las respuestas posibles serán las siguientes:

1. Malísima
2. Generalmente insatisfactoria
3. Ni buena ni mala
4. Generalmente satisfactoria
5. Excelente

¿CUÁL ES SU IMPRESIÓN GENERAL SOBRE.....

1. la eficacia del Servicio en ayudarle a afrontar sus problemas?

1. Malísima 2. Generalmente insatisfactoria 3. Ni buena ni mala 4. Generalmente satisfactoria 5. Excelente

2. el comportamiento y manera de tratarle del personal de recepción o secretaría, por teléfono o personalmente?

1. Excelente 2. Generalmente satisfactoria 3. Ni buena ni mala 4. Generalmente insatisfactoria 5. Malísima

3. la competencia y la profesionalidad de:

3.a) los psiquiatras

1. Malísima 2. Generalmente insatisfactoria 3. Ni buena ni mala 4. Generalmente satisfactoria 5. Excelente

3.b) los psicólogos

1. Malísima 2. Generalmente insatisfactoria 3. Ni buena ni mala 4. Generalmente satisfactoria 5. Excelente

4. el aspecto, la distribución y funcionalidad de los distintos lugares del Servicio (por ejemplo, la sala de espera y los despachos)?

1. Excelente 2. Generalmente satisfactoria 3. Ni buena ni mala 4. Generalmente insatisfactoria 5. Malísima

5. la capacidad para escucharle y comprender sus problemas

5.a) de su psiquiatra

1. Malísima 2. Generalmente insatisfactoria 3. Ni buena ni mala 4. Generalmente satisfactoria 5. Excelente

5.b) de su psicólogo

1. Malísima 2. Generalmente insatisfactoria 3. Ni buena ni mala 4. Generalmente satisfactoria 5. Excelente

Por favor, lea cada frase y marque la respuesta que mejor describa su experiencia durante el último año en el Servicio de Salud Mental con respecto a la siguiente pregunta:

¿CUÁL ES SU IMPRESIÓN GENERAL SOBRE.....

6. el comportamiento y el trato personal recibido

6.a) de los psiquiatras

1. Excelente 2. Generalmente satisfactoria 3. Ni buena ni mala 4. Generalmente insatisfactoria 5. Malísima

6.b) de los psicólogos

1. Excelente 2. Generalmente satisfactoria 3. Ni buena ni mala 4. Generalmente insatisfactoria 5. Malísima

7. la puntualidad de los profesionales y el tiempo de espera cuando usted acude a una cita?

1. Malísima 2. Generalmente insatisfactoria 3. Ni buena ni mala 4. Generalmente satisfactoria 5. Excelente

8. el coste para usted del servicio ofrecido (por ejemplo, el coste de las medicinas)?

1. Excelente 2. Generalmente satisfactoria 3. Ni buena ni mala 4. Generalmente insatisfactoria 5. Malísima

9. la eficacia del servicio para ayudarle a encontrarse bien y prevenir sus recaídas?

1. Malísima 2. Generalmente insatisfactoria 3. Ni buena ni mala 4. Generalmente satisfactoria 5. Excelente

10. la confidencialidad y el respeto a sus derechos como individuo?

1. Excelente 2. Generalmente satisfactoria 3. Ni buena ni mala 4. Generalmente insatisfactoria 5. Malísima

11. la “cantidad” de ayuda que ha recibido?

1. Malísima 2. Generalmente insatisfactoria 3. Ni buena ni mala 4. Generalmente satisfactoria 5. Excelente

12. las explicaciones que le han dado a usted, acerca de los tratamientos y pruebas utilizadas?

1. Excelente 2. Generalmente satisfactoria 3. Ni buena ni mala 4. Generalmente insatisfactoria 5. Malísima

Por favor, lea cada frase y marque la respuesta que mejor describa su experiencia durante el último año en el Servicio de Salud Mental con respecto a la siguiente pregunta:

¿CUÁL ES SU IMPRESIÓN GENERAL SOBRE.....

13. la eficacia del servicio de salud mental en ayudarle a obtener una mejoría de sus síntomas?

1. Malísima 2. Generalmente insatisfactoria 3. Ni buena ni mala 4. Generalmente satisfactoria 5. Excelente

14. la respuesta del servicio ante las urgencias durante el día (en días laborables)?

1. Excelente 2. Generalmente satisfactoria 3. Ni buena ni mala 4. Generalmente insatisfactoria 5. Malísima

15. la respuesta del servicio ante las crisis o las urgencias durante la noche y los días festivos?

1. Malísima 2. Generalmente insatisfactoria 3. Ni buena ni mala 4. Generalmente satisfactoria 5. Excelente

16. la profundidad y la precisión con la que han estudiado su caso

16.a) los psiquiatras

1. Excelente 2. Generalmente satisfactoria 3. Ni buena ni mala 4. Generalmente insatisfactoria 5. Malísima

16.b) los psicólogos

1. Excelente 2. Generalmente satisfactoria 3. Ni buena ni mala 4. Generalmente insatisfactoria 5. Malísima

17. la capacidad de los psiquiatras y los psicólogos para colaborar con su médico de familia o con otros especialistas, cuando es necesario?

1. Malísima 2. Generalmente insatisfactoria 3. Ni buena ni mala 4. Generalmente satisfactoria 5. Excelente

18. la capacidad de colaboración entre los profesionales del servicio (si usted ha sido tratado por más de un profesional, por ejemplo, por más de un médico, enfermera, trabajador social, etc.)?

1. Excelente 2. Generalmente satisfactoria 3. Ni buena ni mala 4. Generalmente insatisfactoria 5. Malísima

Por favor, lea cada frase y marque la respuesta que mejor describa su experiencia durante el último año en el Servicio de Salud Mental con respecto a la siguiente pregunta:

¿CUÁL ES SU IMPRESIÓN GENERAL SOBRE.....

19. la publicidad e información de los programas y las prestaciones del Servicio?

1. Malísima 2. Generalmente insatisfactoria 3. Ni buena ni mala 4. Generalmente satisfactoria 5. Excelente

20. el tipo de servicios ofertados?

1. Excelente 2. Generalmente satisfactoria 3. Ni buena ni mala 4. Generalmente insatisfactoria 5. Malísima

21. en general, de todos los servicios que usted ha recibido?

1. Malísima 2. Generalmente insatisfactoria 3. Ni buena ni mala 4. Generalmente satisfactoria 5. Excelente

22. la competencia y la profesionalidad

22.a) de las enfermeras

1. Excelente 2. Generalmente satisfactoria 3. Ni buena ni mala 4. Generalmente insatisfactoria 5. Malísima

22.b) de los trabajadores sociales

1. Excelente 2. Generalmente satisfactoria 3. Ni buena ni mala 4. Generalmente insatisfactoria 5. Malísima

23. las recomendaciones dadas a sus familiares más cercanos sobre como podían ayudarle?

1. Malísima 2. Generalmente insatisfactoria 3. Ni buena ni mala 4. Generalmente satisfactoria 5. Excelente

24. la eficacia del servicio en ayudarle a mejorar el conocimiento y comprensión de sus problemas?

1. Excelente 2. Generalmente satisfactoria 3. Ni buena ni mala 4. Generalmente insatisfactoria 5. Malísima

25. el comportamiento y la manera de tratarle

25.a) del personal de enfermería

1. Malísima 2. Generalmente insatisfactoria 3. Ni buena ni mala 4. Generalmente satisfactoria 5. Excelente

Por favor, lea cada frase y marque la respuesta que mejor describa su experiencia durante el último año en el Servicio de Salud Mental con respecto a la siguiente pregunta:

¿CUÁL ES SU IMPRESIÓN GENERAL SOBRE.....

25.b) de los trabajadores sociales

1. Malísima 2. Generalmente insatisfactoria 3. Ni buena ni mala 4. Generalmente satisfactoria 5. Excelente

26. la eficacia del servicio para ayudarle a mejorar la relación con sus familiares más cercanos?

1. Excelente 2. Generalmente satisfactoria 3. Ni buena ni mala 4. Generalmente insatisfactoria 5. Malísima

27. la eficacia del servicio para ayudar a sus familiares más cercanos a conocer y comprender mejor los problemas de usted?

1. Malísima 2. Generalmente insatisfactoria 3. Ni buena ni mala 4. Generalmente satisfactoria 5. Excelente

28. el conocimiento por parte del personal de enfermería de sus enfermedades actuales y pasadas?

1. Excelente 2. Generalmente satisfactoria 3. Ni buena ni mala 4. Generalmente insatisfactoria 5. Malísima

29. la información que recibió sobre el diagnóstico y la posible evolución de su enfermedad?

1. Malísima 2. Generalmente insatisfactoria 3. Ni buena ni mala 4. Generalmente satisfactoria 5. Excelente

30. la capacidad para escuchar y comprender las preocupaciones y opiniones que sus familiares más cercanos puedan tener sobre usted

30.a) de los psiquiatras

1. Excelente 2. Generalmente satisfactoria 3. Ni buena ni mala 4. Generalmente insatisfactoria 5. Malísima

30. b) de los psicólogos

1. Excelente 1. Generalmente Satisfactoria 3. Ni buena ni mala 4. Generalmente insatisfactoria 5. Malísima

31. la eficacia del servicio en ayudarle a mejorar sus relaciones con personas fuera de su ambiente familiar (por ejemplo, con los amigos, los vecinos, los compañeros de trabajo)?

1. Malísima 2. Generalmente insatisfactoria 3. Ni buena ni mala 4. Generalmente satisfactoria 5. Excelente

32. la información recibida por sus familiares más cercanos sobre su diagnóstico y la posible evolución de su enfermedad?

1. Excelente 2. Generalmente satisfactoria 3. Ni buena ni mala 4. Generalmente insatisfactoria 5. Malísima

33. la claridad y concreción de las instrucciones recibidas sobre lo que tenía que hacer entre consulta y consulta?

1. Malísima 2. Generalmente insatisfactoria 3. Ni buena ni mala 4. Generalmente satisfactoria 5. Excelente

34. la eficacia del servicio para ayudarle a mejorar su capacidad de cuidarse sí mismo (por ejemplo, la higiene personal, su alimentación, su alojamiento, etc.)?

1. Excelente 2. Generalmente satisfactoria 3. Ni buena ni mala 4. Generalmente insatisfactoria 5. Malísima

35. la profundidad y precisión con la que se han ocupado de usted

35.a) el personal de enfermería

1. Malísima 2. Generalmente insatisfactoria 3. Ni buena ni mala 4. Generalmente satisfactoria 5. Excelente

35.b) los trabajadores sociales

1. Malísima 2. Generalmente insatisfactoria 3. Ni buena ni mala 4. Generalmente satisfactoria 5. Excelente

36. la eficacia del servicio para ayudar a sus familiares más cercanos a afrontar mejor los problemas que usted tiene?

1. Excelente 2. Generalmente satisfactoria 3. Ni buena ni mala 4. Generalmente insatisfactoria 5. Malísima

37. la capacidad para escuchar y comprender sus problemas

37.a) del personal de enfermería

1. Malísima 2. Generalmente insatisfactoria 3. Ni buena ni mala 4. Generalmente satisfactoria 5. Excelente

37.b) de los trabajadores sociales

1. Malísima 2. Generalmente insatisfactoria 3. Ni buena ni mala 4. Generalmente satisfactoria 5. Excelente

Por favor, lea cada frase y marque la respuesta que mejor describa su experiencia durante el último año en el Servicio de Salud Mental con respecto a la siguiente pregunta:

¿CUÁL ES SU IMPRESIÓN GENERAL SOBRE.....

38. la eficacia del servicio para ayudarle a mejorar su capacidad para trabajar?

1. Excelente 2. Generalmente satisfactoria 3. Ni buena ni mala 4. Generalmente inssatisfactoria 5. Malísima

39. la ayuda que usted ha recibido en el caso de presentar efectos secundarios y molestos de los medicamentos?

1. Malísima 2. Generalmente inssatisfactoria 3. Ni buena ni mala 4. Generalmente satisfactoria 5. Excelente

40. la continuidad con la que ha estado seguido por los mismos profesionales?

1. Excelente 2. Generalmente satisfactoria 3. Ni buena ni mala 4. Generalmente inssatisfactoria 5. Malísima

Por favor, lea cada frase y marque la respuesta que mejor describa su experiencia durante el último año en el Servicio de Salud Mental con respecto a la siguiente pregunta:

¿CUÁL ES SU IMPRESIÓN GENERAL SOBRE.....

41. le prescribieron medicamentos en el último año?

- SI (si ha respondido SI, conteste a la siguiente pregunta):
- ¿Cuál es su impresión general sobre los medicamentos que le han sido prescritos?
5. Excelente
 4. Generalmente satisfactoria
 3. Ni buena ni mala
 2. Generalmente insatisfactoria
 1. Malísima
- NO (si ha respondido NO, conteste a la siguiente pregunta):
- ¿Hubiese deseado que le prescribieran fármacos?
6. NO 7. SI 8. NO APLICABLE 9. NO SE

42. recibió usted en el último año ayuda de los miembros del equipo para aprender y/o mejorar su conducta y sus capacidades, que le resultaron útiles en su vida social y laboral (por ejemplo, entrar en lugares públicos, hacer las tareas de la casa, comportarse de manera adecuada con sus familiares u otras personas)?

- SI (si ha respondido SI, conteste a la siguiente pregunta):
- ¿Cuál es su impresión general sobre la ayuda recibida para adquirir o mejorar sus capacidades de este tipo?
5. Excelente
 4. Generalmente satisfactoria
 3. Ni buena ni mala
 2. Generalmente insatisfactoria
 1. Malísima
- NO (si ha respondido NO, conteste a la siguiente pregunta):
- ¿Hubiese deseado recibir este tipo de ayuda?
6. NO 7. SI 8. NO APLICABLE 9. NO SE

Lea cuidadosamente las preguntas y tómese el tiempo necesario para contestar. Recuerde que es muy importante que cada respuesta exprese su verdadera opinión.

Por favor, lea cada frase y marque la respuesta que mejor describa su experiencia durante el último año en el Servicio de Salud Mental con respecto a la siguiente pregunta:

¿CUÁL ES SU IMPRESIÓN GENERAL SOBRE.....

43. tuvo usted, en el último año, sesiones individuales con su terapeuta
(sesiones con el objetivo de mejorar la comprensión que usted tiene de sus problemas y/o algún cambio en su conducta)?

SI	(si ha respondido <u>SI</u> , conteste a la siguiente pregunta):
	<ul style="list-style-type: none">• ¿Cuál es su impresión general sobre las sesiones individuales que ha tenido?
	1. Malísima
	2. Generalmente <u>ins</u> atisfactoria
	3. Ni buena ni mala
	4. Generalmente satisfactoria
	5. Excelente
NO	(si ha respondido <u>NO</u> , conteste a la siguiente pregunta):
	<ul style="list-style-type: none">• ¿Hubiese deseado recibir este tipo de ayuda?
	6. NO 7. SI 8. NO APLICABLE 9. NO SE

44. en el último año ha estado ingresado en un centro psiquiátrico en contra de su voluntad?

SI	(si ha respondido <u>SI</u> , conteste a la siguiente pregunta):
	<ul style="list-style-type: none">• ¿Cuál es su impresión general sobre haber sido ingresado contra su voluntad?
	5. Excelente
	4. Generalmente satisfactoria
	3. Ni buena ni mala
	2. Generalmente insatisfactoria
	1. Malísima
NO	(si ha respondido <u>NO</u> , conteste a la siguiente pregunta):
	<ul style="list-style-type: none">• ¿Hubiese deseado ser ingresado en contra de su voluntad?
	6. NO 7. SI 8. NO APLICABLE 9. NO SE

Lea cuidadosamente las preguntas y tómese el tiempo necesario para contestar. Recuerde que es muy importante que cada respuesta exprese su verdadera opinión.

Por favor, lea cada frase y marque la respuesta que mejor describa su experiencia durante el último año en el Servicio de Salud Mental con respecto a la siguiente pregunta:

¿CUÁL ES SU IMPRESIÓN GENERAL SOBRE.....

45. tuvo usted, en el último año, sesiones con su familia y su terapeuta
(sesiones con el objetivo de mejorar y/o cambiar las relaciones entre los miembros de la familia)?

SI (si ha respondido SI, conteste a la siguiente pregunta):

- ¿Cuál es su impresión general sobre las sesiones que ha tenido dirigidas a su familia?

1. Malísima
2. Generalmente insatisfactoria
3. Ni buena ni mala
4. Generalmente satisfactoria
5. Excelente

NO (si ha respondido NO, conteste a la siguiente pregunta):

- ¿Hubiese deseado tener sesiones de este tipo?

6. NO 7. SI 8. NO APLICABLE 9. NO SE

46. vivió usted, en el último año, en un piso protegido (por ejemplo, un piso con personal de apoyo)?

SI (si ha respondido SI, conteste a la siguiente pregunta):

- ¿Cuál es su impresión general sobre la hospitalidad que recibió en los pisos protegidos para pacientes psiquiátricos?

5. Excelente
4. Generalmente satisfactoria
3. Ni buena ni mala
2. Generalmente insatisfactoria
1. Malísima

NO (si ha respondido NO, conteste a la siguiente pregunta):

- ¿Hubiese deseado ser admitido en un piso protegido para pacientes psiquiátricos?

6. NO 7. SI 8. NO APLICABLE 9. NO SE

Lea cuidadosamente las preguntas y tómese el tiempo necesario para contestar. Recuerde que es muy importante que cada respuesta exprese su verdadera opinión.

Por favor, lea cada frase y marque la respuesta que mejor describa su experiencia durante el último año en el Servicio de Salud Mental con respecto a la siguiente pregunta:

¿CUÁL ES SU IMPRESIÓN GENERAL SOBRE.....

47. ha participado, en el último año, en actividades recreativas organizadas por los servicios de salud mental?

SI	(si ha respondido <u>SI</u> , conteste a la siguiente pregunta):
	<ul style="list-style-type: none">• ¿Cuál es su impresión general sobre las actividades recreativas en las que ha participado?
	1. Malísima
	2. Generalmente <u>ins</u> atisfactoria
	3. Ni buena ni mala
	4. Generalmente satisfactoria
	5. Excelente
NO	(si ha respondido <u>NO</u> , conteste a la siguiente pregunta):
	<ul style="list-style-type: none">• ¿Hubiese deseado participar en actividades recreativas organizadas por los servicios de salud mental?
	6. NO 7. SI 8. NO APLICABLE 9. NO SE

48. recibió usted, en el último año, psicoterapia de grupo (por ejemplo, reuniones de un grupo de pacientes con uno o más terapeutas con el propósito de obtener un aumento de la comprensión que tiene el paciente de su problema, y/o cualquier cambio en su comportamiento)?

SI	(si ha respondido <u>SI</u> , conteste a la siguiente pregunta):
	<ul style="list-style-type: none">• ¿Cuál es su impresión general sobre la psicoterapia de grupo que ha recibido?
	5. Excelente
	4. Generalmente satisfactoria
	3. Ni buena ni mala
	2. Generalmente insatisfactoria
	1. Malísima
NO	(si ha respondido <u>NO</u> , conteste a la siguiente pregunta):
	<ul style="list-style-type: none">• ¿Hubiese deseado recibir psicoterapia de grupo?
	6. NO 7. SI 8. NO APLICABLE 9. NO SE

Lea cuidadosamente las preguntas y tómese el tiempo necesario para contestar. Recuerde que es muy importante que cada respuesta exprese su verdadera opinión.

Por favor, lea cada frase y marque la respuesta que mejor describa su experiencia durante el último año en el Servicio de Salud Mental con respecto a la siguiente pregunta:

¿CUÁL ES SU IMPRESIÓN GENERAL SOBRE.....

49. fue incluido, en el último año, en una actividad laboral protegida (es decir, en un ambiente laboral tolerante respecto a sus problemas con el fin de facilitarle la reincorporación laboral)?

SI (si ha respondido SI, conteste a la siguiente pregunta):

- ¿Cuál es su impresión general sobre la actividad laboral protegida en la que fue incluido?

1. Malísima
2. Generalmente insatisfactoria
3. Ni buena ni mala
4. Generalmente satisfactoria
5. Excelente

NO (si ha respondido NO, conteste a la siguiente pregunta):

- ¿Hubiese deseado ser incluido en una actividad laboral protegida?

6. NO 7. SI 8. NO APLICABLE 9. NO SE

50. fue usted ingresado en el hospital, de manera voluntaria, en el último año, por problemas psiquiátricos?

SI (si ha respondido SI, conteste a la siguiente pregunta):

- ¿Cuál es su impresión general sobre los ingresos voluntarios que tuvo en el hospital?

5. Excelente
4. Generalmente satisfactoria
3. Ni buena ni mala
2. Generalmente insatisfactoria
1. Malísima

NO (si ha respondido NO, conteste a la siguiente pregunta):

- ¿Hubiese deseado ser ingresado voluntariamente en el hospital?

6. NO 7. SI 8. NO APLICABLE 9. NO SE

Lea cuidadosamente las preguntas y tómese el tiempo necesario para contestar. Recuerde que es muy importante que cada respuesta exprese su verdadera opinión.

Por favor, lea cada frase y marque la respuesta que mejor describa su experiencia durante el último año en el Servicio de Salud Mental con respecto a la siguiente pregunta:

¿CUÁL ES SU IMPRESIÓN GENERAL SOBRE.....

51. ha recibido usted, en el último año, ayuda domiciliaria por parte del Servicio Psiquiátrico (por ejemplo, compañía, ayuda en el trabajo doméstico, etc.)?

SI (si ha respondido SI, conteste a la siguiente pregunta):

- ¿Cuál es su impresión general sobre la ayuda domiciliaria recibida?

1. Malísima
2. Generalmente insatisfactoria
3. Ni buena ni mala
4. Generalmente satisfactoria
5. Excelente

NO (si ha respondido NO, conteste a la siguiente pregunta):

- ¿Hubiese deseado recibir ayuda domiciliaria?

6. NO 7. SI 8. NO APLICABLE 9. NO SE

52. ha recibido usted, en el último año, ayuda práctica del personal de los servicios de salud mental para obtener un subsidio económico o una pensión?

SI (si ha respondido SI, conteste a la siguiente pregunta):

- ¿Cuál es su impresión general sobre la ayuda recibida para obtener un subsidio o una pensión?

5. Excelente
4. Generalmente satisfactoria
3. Ni buena ni mala
2. Generalmente insatisfactoria
1. Malísima

NO (si ha respondido NO, conteste a la siguiente pregunta):

- ¿Hubiese deseado recibir ayuda de los servicios de salud mental para obtener un subsidio económico o una pensión?

6. NO 7. SI 8. NO APLICABLE 9. NO SE

Lea cuidadosamente las preguntas y tómese el tiempo necesario para contestar. Recuerde que es muy importante que cada respuesta exprese su verdadera opinión.

Por favor, lea cada frase y marque la respuesta que mejor describa su experiencia durante el último año en el Servicio de Salud Mental con respecto a la siguiente pregunta:

¿CUÁL ES SU IMPRESIÓN GENERAL SOBRE.....

53. ha recibido usted, en el último año, ayuda de los servicios de salud mental para conseguir un empleo (un empleo en el que no se hayan tenido en cuenta sus problemas de salud mental ni ningún otro tipo de facilidades)?

- SI (si ha respondido SI, conteste a la siguiente pregunta):
- ¿Cuál es su impresión general sobre la ayuda recibida para conseguir un empleo?
1. Malísima
 2. Generalmente insatisfactoria
 3. Ni buena ni mala
 4. Generalmente satisfactoria
 5. Excelente
- NO (si ha respondido NO, conteste a la siguiente pregunta):
- ¿Hubiese deseado recibir ayuda para conseguir un empleo?
6. NO 7. SI 8. NO APLICABLE 9. NO SE

54. ha recibido usted, en el último año, ayuda de los profesionales para tomar parte en actividades recreativas al margen de los servicios de salud mental?

- SI (si ha respondido SI, conteste a la siguiente pregunta):
- ¿Cuál es su impresión general sobre la ayuda recibida para tomar parte en actividades recreativas al margen de los servicios de salud mental?
5. Excelente
 4. Generalmente satisfactoria
 3. Ni buena ni mala
 2. Generalmente insatisfactoria
 1. Malísima
- NO (si ha respondido NO, conteste a la siguiente pregunta):
- ¿Hubiese deseado recibir ayuda para tomar parte en actividades recreativas al margen de los servicios de salud mental?
6. NO 7. SI 8. NO APLICABLE 9. NO SE

Por favor, lea cada frase y marque la respuesta que mejor describa su experiencia durante el último año en el Servicio de Salud Mental con respecto a la siguiente pregunta:

¿CUÁL ES SU IMPRESIÓN GENERAL SOBRE.....

POR FAVOR, ESCRIBA SUS COMENTARIOS

55. Lo que más me ha gustado de mi experiencia con este servicio de salud mental es:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

56. Lo que menos me ha gustado de mi experiencia con este servicio de salud mental es:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

MUCHAS GRACIAS POR SU AYUDA

***ANEXO II: Manual de uso
de la escala de Verona
para la valoración de la
satisfacción con el servicio
de psiquiatría (VSSS-EU)***

MANUAL DE USO DE LA ESCALA DE VERONA PARA LA VALORACIÓN DE LA SATISFACCIÓN CON EL SERVICIO DE PSIQUIATRIA (VSSS-EU)

Introducción.

La satisfacción del cliente es una variable importante en la evaluación de los servicios psiquiátricos y complementa las mediciones de otras variables de outcome. Aunque se ha demostrado que la satisfacción es un concepto multidimensional (Ware et al., 1978), la mayoría de los estudios publicados sobre la satisfacción de los pacientes han utilizado mediciones que se componen de unas pocas preguntas abiertas sobre la satisfacción (instrumentos no estandarizados), o de subescalas de ítems que cubrían las reacciones de una o dos dimensiones de la asistencia en salud mental (Ruggeri, 1991). Pocas investigaciones han examinado la satisfacción de aquellos sujetos que no son receptores directos de los servicios pero que se ven afectados o están involucrados en el tratamiento, p.j. parientes o cuidadores del paciente. Además, la cuestión de los requisitos metodológicos para una adecuada medición de la satisfacción, no ha sido muy tomada en cuenta; y en raras ocasiones se ha dedicado la psiquiatría a la creación de cuestionarios bien validados y sencillos de pasar.

En estos últimos años nuestro equipo de investigación (Ruggeri & Dall'Agnola, 1993; Ruggeri et al., 1994; Ruggeri & Greenfield, 1995) ha creado una escala con buenas propiedades psicométricas que mide la satisfacción con los servicios de salud mental: la Verona Service Satisfaction Scale (VSSS).

La VSSS se ha construido añadiendo una serie de ítems específicos (de los servicios de salud mental, y en particular en servicios psiquiátricos basados en la comunidad), a un instrumento multidimensional bien validado: la *Service Satisfaction Scale (SSS-30)* (Greenfield & Attkinson, 1989; Attkinson & Grienfield, 1994). Los nuevos ítems de la VSSS se han creado a partir de la experiencia clínica, de los descubrimientos disponibles en la literatura internacional y del experto consenso. Esta versión preliminar

se ha dirigido hacia cómo se ha aceptado el cuestionario y hacia su validez de contenido. Este proceso dio como resultado la VSSS-82, en sus versiones para pacientes y familiares: ha sido examinada para la conocer el modo en que ha sido aceptada, la validez de contenido, la sensibilidad y la fiabilidad test – retest (Ruggeri & Dall’Agnola, 1993; Ruggeri et al., 1994). Después se aplicó el análisis factorial sobre estos datos (Ruggeri et al., 1996). Una combinación de los resultados obtenidos del estudio de validación y del análisis factorial ha dado origen a las versiones *intermedia* (VSSS-54) y *reducida* (VSSS-32): en la VSSS-54, 24 ítems proceden de la SSS-30 y se han creado 30 nuevos ítems; en la VSSS-32, 11 ítems proceden de la SSS-30 y se han creado 21 nuevos ítems. Las tres versiones (VSSS-82, VSSS-54 y VSSS-32) se han creado en las modalidades de “Paciente” y “Familiar”. También se ha creado una modalidad de “Profesionales”: tiene que ser rellenada por los profesionales involucrados en el cuidado del paciente y cubre los aspectos generales de la satisfacción con la realización de los servicios.

La **VSSS-EU**, derivada de la VSSS-54 en su versión para pacientes, se ha creado para el Proyecto de la Unión Europea: “*Evaluación de necesidades y coste-efectividad de la atención sanitaria a las personas con incapacitación severa debida a la esquizofrenia en la Unión Europea*”. En esta versión los ítems 3, 5, 6, 16, 22, 25, 30, 35 y 37 se han dividido en categorías separadas teniendo en cuenta las diferentes categorías profesionales (psiquiatra/psicólogo, trabajador social/enfermera) que en un principio se evaluaban a la vez.

VSSS-EU. Características principales.

La VSSS-EU está diseñada para la auto-administración y puede ser rellenada sin previo entrenamiento. En los casos de déficit cognitivo, psicopatología severa o bajo nivel de alfabetización, un investigador puede ayudar al paciente y/o familiar leyendo los ítems con él.

A medida que se va llevando a cabo el estudio, se ha de tener un especial cuidado con el fin de garantizar la confidencialidad y la anonimia de la entrevista así como la independencia del investigador respecto del equipo clínico que cuida del paciente. La administración de la VSSS-EU dura entre 20 y 30 minutos.

La VSSS ha sido específicamente diseñada para los **servicios de salud mental comunitarios** dirigidos por equipos multidisciplinares de psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales y enfermeras. Se da por hecho que estos servicios tienen disponibles varias opciones de tratamiento (hospitalización, hospital de día, rehabilitación, psicoterapia, asistencia domiciliaria, visitas ambulatorias, etc.) en el mismo servicio o suministrados por otros servicios con los que cooperan estrechamente. La VSSS se puede adaptar fácilmente a aquellas comunidades que difieren ligeramente de este modelo (pj. menos opciones de tratamiento en el servicio o diferente composición del personal de cuidado), pero se habrá de tomar precaución con aquellos servicios organizados de manera radicalmente distinta a la del modelo propuesto.

Conceptualmente, los ítems de la VSSS cubren **siete dimensiones**: *Satisfacción global*, *Competencia y conducta de los profesionales*, *Información*, *Accesibilidad*, *Eficacia*, *Tipos de intervención* e *Implicación de los familiares*. Mientras que las cinco primeras dimensiones ya han sido estudiadas por otros autores en estudios previos (Ware, 1983), las dos últimas dimensiones estudian campos que no han sido sistemáticamente evaluados con anterioridad y que han sido creadas específicamente para la VSSS.

La dimensión *Satisfacción global* (ítems 11, 20 y 21) cubre aspectos generales de la satisfacción con los servicios psiquiátricos.

La dimensión *Competencia y conducta del profesional* (ítems 2, 3 a, 3b, 5 a, 5b, 6 a, 6b, 7, 10, 16 a, 16b, 17, 18, 22 a, 22b, 25 a, 25b, 28, 33, 35 a, 35b, 37 a, 37b, y 40) cubre varios aspectos de la satisfacción con la conducta del profesional, como son habilidades técnicas, habilidades interpersonales, cooperación entre el resto de los profesionales, respeto de los derechos del paciente, etc...

La dimensión *Información* (ítems 12, 19 y 29) cubre aspectos relacionados a la satisfacción sobre la información a cerca de los servicios, los trastornos y las terapias.

La dimensión *Accesibilidad* (ítems 4 y 8) cubre aspectos relacionados a la satisfacción respecto a la localización del servicio, la distribución física y los costes.

La dimensión *Eficacia* (ítems 1, 9, 13, 24, 26, 31, 34 y 38) cubre aspectos relacionados a la satisfacción con la eficacia global del servicio, y la eficacia del servicio en aspectos específicos tales como síntomas, habilidades sociales y relaciones familiares.

La dimensión *Tipos de intervención* (ítems 14, 15, 39 y 41-54) cubre varios aspectos de la satisfacción con la asistencia, tales como receta de fármacos, respuesta a las urgencias, psicoterapia, rehabilitación, asistencia domiciliaria, ingresos, actividades recreativas, trabajo, pensiones, etc...

Los ítems 41-54 consisten en tres preguntas: primero, se le pregunta al sujeto si ha recibido el tratamiento específico (*Pregunta A*: “¿Recibió el tratamiento x durante el último año?”). Si la respuesta es “sí”, se hace la *Pregunta B*: ¿Cómo puntuaría el tratamiento en una escala Likert de 5 puntos (1=malísima; 5=excelente)?. Si la respuesta es “no” se hace la *Pregunta C*: ¿Cree que le hubiera gustado recibir el tratamiento x? (6=no, 7=sí, 8=no aplicable, 9=no sabe). Estas preguntas permiten la medición de la satisfacción del sujeto tanto del tratamiento ofrecido, como de la decisión del profesional para no recibir dicho tratamiento.

La dimensión *Implicación de los familiares* (ítems 23, 27, 30 a, 30b, 32 y 36) cubre varios aspectos de la satisfacción del paciente con el cuidado que le da su pariente más cercano, como son la escucha, el entendimiento, consejo, información, ayuda para solucionar los problemas del paciente, etc...

En la VSSS, se pregunta a los sujetos que den su impresión global sobre la experiencia con el servicio de salud mental al que vienen acudiendo **durante el último año**.

Las puntuaciones de la satisfacción se establecen en una **escala Likert de 5 puntos** (1=Malísima, 2=Generalmente insatisfactoria, 3=Ni buena ni mala, 4=Generalmente satisfactoria, 5=Excelente), presentada con direccionalidad alterna con el fin de disminuir las respuestas estereotipadas.

Instrucciones específicas para el proyecto EU

En la escala de respuestas la opción “*No aplicable*” se ha omitido por razones psicométricas: esto se debe a que la gente prefiere dar esta respuesta cuando se encuentra disponible, y esto puede resultar en la pérdida de muchos valores (información).

Los ítems **1 a 40** están basados en el hecho de que el paciente tiene algún pariente cercano que le cuida y que contacta a menudo con el servicio, o que el paciente está atendido por un equipo multidisciplinar con evaluaciones diferenciadas de los psiquiatras/psicólogos y trabajadores sociales/enfermeras. Si alguno de estos ítems no fuera aplicable, el investigador que pasa la VSSS en ese momento debería escribir “N.A” junto a aquellos ítems específicos.

En los ítems **41 a 54** el investigador que pasa la VSSS debería:

1. identificar qué servicio se va a evaluar y explicar con claridad al paciente que tipo de servicio va a evaluar la VSSS.
2. decidir si existe algún tipo de intervención (ítems 41-54) en que el paciente no esté interesado en evaluar. No le interesa evaluar ni la satisfacción con la tratamiento recibido (*Pregunta B*), ni el deseo del paciente a recibir el tratamiento que no se le ha ofrecido (*Pregunta C*). En este caso, se pueden borrar los ítems (pj. tachándolos con una cruz a lápiz). De todas formas, por favor sea prudente al borrar los ítems (también para los tratamientos no ofrecidos en el servicio que se evalúa), porque desde este punto de vista, la VSSS puede ofrecer información interesante sobre la baja provisión de asistencia (pj. sobre el deseo del paciente de recibir un tratamiento que en ese momento no está disponible).

Puntuación de ítems

1. Los ítems 1 a 40 se puntúan con la siguiente escala:

1=Malísima	4=Generalmente satisfactoria
2=Generalmente insatisfactoria	5=Excelente
3=Ni buena ni mala	

2. Como ya hemos comentado, los ítems 41 a 54 consisten en tres preguntas:
- *Pregunta A*: “¿Recibió el tratamiento x durante el último año?” (si/no/no sabe)
 - Si la respuesta es “sí” se pide al sujeto que puntúe el tratamiento en una escala Likert de 5 puntos (1=Malísima; 5=Excelente) (*Pregunta B*).
 - Si la respuesta es “no”, se le hace la *Pregunta C*: “Cree que le hubiera gustado recibir el tratamiento x?” (6=no, 7=sí, 8=no aplicable, 9=no sabe).

Para cada ítem, las respuestas a las tres preguntas pueden ser: a) tomadas por separado o b) condensadas en una única puntuación o valor.

a) Las respuestas son tomadas por separado:

- *Las respuestas a la Pregunta A* nos dan el perfil del tipo de tratamiento ofrecido. Las siguientes estrategias de puntuación pueden ser de gran utilidad:
 - puntuaciones de 6 a 8 = 0 (no se dio tratamiento);
 - puntuaciones de 1 a 5 = 1 (se dio tratamiento).
- *Las respuestas a la Pregunta B* (puntuaciones 1 a 5) evalúan la satisfacción con el tratamiento ofrecido.
- *Las respuestas a la Pregunta C* (puntuaciones 6 a 8) evalúan la satisfacción del paciente con la decisión del profesional de no ofrecer el tratamiento y nos dan información sobre la baja provisión de asistencia de acuerdo con los puntos de vista de los pacientes. En este caso, una puntuación de 6 nos dará el perfil de los tratamientos no ofrecidos y no deseados. Por otro lado, una puntuación de 7 nos dará el perfil de los tratamientos no ofrecidos aunque sí deseados.

b) Para condensar las puntuaciones obtenidas de las preguntas A, B y C en una única puntuación, se deberían hacer las siguientes recodificaciones:

puntuación 6 = 4

puntuación 7 = 2

puntuaciones 8 y 9 = no constan

Esta puntuación representa la satisfacción global con la manera en que se ha llevado a cabo el tratamiento, haya sido ofrecido el tratamiento o no.

Análisis de datos

1. Puntuación global de la VSSS

Una puntuación global de la VSSS se obtiene mediante la suma de todos los valores de los ítems y dividiéndolo por 63 (en caso de que todos los ítems sean aplicables).

Si algún ítem no es aplicable, se obtiene la puntuación global mediante la suma de todos los valores de los ítems y se divide por el número de ítems evaluados.

2. Puntuación de las dimensiones

Las puntuaciones de cada dimensión se obtienen mediante la suma de todos los valores de los ítems y después dividiéndolo por el número de ítems de cada dimensión como sigue:

- *Satisfacción Global (3 ítems)*

$$(\text{Item } 11+20+21) / 3$$

- *Competencia y conducta de los profesionales (16 ítems)*

$$(\text{Item } 2+3 \text{ a}+3\text{b}+5 \text{ a}+5\text{b}+6 \text{ a}+6\text{b}+7+10+16 \text{ a}+16\text{b}+17+18+22 \text{ a}+22\text{b}+25 \\ \text{a}+25\text{b}+28+33+35 \text{ a}+35\text{b}+37 \text{ a}+37\text{b}+40) / 24$$

- *Información (3 ítems)*

$$(\text{Item } 12+19+29) / 3$$

- *Accesibilidad (2 ítems)*

$$(\text{Item } 4+8) / 2$$

- *Eficacia (8 ítems)*

$$(\text{Item } 1+9+13+24+26+31+34+38) / 8$$

- *Tipos de intervención (17 ítems)*

$$(\text{Item } 14+15+39+41+42+43+44+45+46+47+48+49+50+51+52+53+54) / 17$$

- *Implicación de los familiares (5 ítems)*

$$(\text{Item } 23+27+30 \text{ a}+30\text{b}+32+36) / 6$$

Del mismo modo que para la puntuación global, en caso de que algún ítem no sea aplicable, la puntuación de cada dimensión se obtiene mediante la suma de todos los valores de los ítems y se divide por el número de ítems evaluados.

3. Distribución de frecuencias

La distribución de frecuencias se puede hacer para las puntuaciones originales o para las puntuaciones condensadas en un único valor. En caso de que estén condensadas, se deben recodificar las puntuaciones en base a un criterio de insatisfacción. Este criterio será riguroso o flexible dependiendo del propósito de la investigación:

Criterio riguroso

- puntuaciones 1 y 2 = 1 (insatisfecho)
- puntuación 3 = 2 (mixto)
- puntuaciones 4 y 5 = 3 (satisfecho)

Criterio flexible

- puntuaciones 1, 2 y 3 = 1 (insatisfecho)
- puntuaciones 4 y 5 = 2 (satisfecho).

La utilización del criterio flexible puede ayudar a la minimización del sesgo debido a la dificultad del entrevistado para expresar su insatisfacción abiertamente.

ANEXO III: Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INCLUSIÓN DE DATOS EN LA INVESTIGACIÓN SOBRE EL NIVEL DE SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES (Y SUS FAMILIAS) INGRESADOS EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DE PSIQUIATRÍA

HOJA DE INFORMACIÓN AL PACIENTE

Este documento intenta explicarle todas las cuestiones relativas a la utilización que se realizaría de sus datos al participación en la investigación. Léalo atentamente y consulte con el/la investigador/a todas las dudas que se le planteen.

El procesamiento, utilización y almacenaje de sus datos cumplirá los requisitos que se contemplan en la legislación española en el ámbito de la investigación biomédica y la protección de datos de carácter personal: Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal; Ley 41/2002 básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica; Ley 14/2007 de investigación biomédica.

El estudio “Niveles de satisfacción de pacientes (y familiares) ingresados en Unidad de Hospitalización de Psiquiatría como criterio de mejora de calidad asistencial” será llevado a cabo por D^a Olga M^a Valero García, en calidad de estudiante de 6º curso de la Facultad de Medicina de la Universidad de Zaragoza, bajo la supervisión del Dr Ricardo Campos Ródenas, psiquiatra del HCU Lozano Blesa y profesor de la citada facultad; en la Unidad de Hospitalización de Psiquiatría del HCU Lozano Blesa.

La finalidad de dicha investigación consiste en la realización del TFG de la alumna Olga M^a Valero García de 6º curso del Grado de Medicina de la Universidad de Zaragoza y la ulterior utilización de los datos obtenidos como un criterio de mejora de la calidad asistencial de la Unidad de Hospitalización de Psiquiatría del HCU Lozano Blesa basándose en la satisfacción tanto de los pacientes como de sus familiares con la atención recibida en dicha unidad.

Se presume la ausencia de riesgos a la hora de realizar la encuesta y de la utilización de los datos acorde con los resultados de la investigación. La obtención de los datos no interferirá con el normal funcionamiento de la Unidad.

El paciente / familiar debe saber que tiene los siguientes derechos en relación con la investigación: Derecho a la revocación del consentimiento y sus efectos, incluida la posibilidad de la eliminación de datos y de que tales efectos no se extenderán a los datos resultantes de las investigaciones que ya se hayan llevado a cabo; derecho a revocar el consentimiento en cualquier momento, sin perjuicio de su tratamiento médico; derecho a decidir el destino de sus datos personales en caso de decidir retirarse del estudio; derecho a que se vuelva a pedir su consentimiento si se desea utilizar sus datos en estudios posteriores.



Universidad
Zaragoza



Respecto a la toma de los datos personales para obtener la información necesaria para la realización del estudio, se realizará mediante una entrevista en la que se rellenará el cuestionario de la Verona Service Satisfaccion Scale (VSSS), siendo los datos recogidos estrictamente confidenciales y su uso se llevará acabo de acuerdo con las leyes anteriormente citadas.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Yo, D./D^a _____, declaro que he leído la Hoja de Información al paciente sobre el estudio “Niveles de satisfacción de pacientes (y familiares) ingresados en Unidad de Hospitalización de Psiquiatría como criterio de mejora de calidad asistencial” llevado a cabo en la Unidad de Hospitalización de Psiquiatría del HCU Lozano Blesa por D^a Olga M^a Valero García, y acepto participar en él.

Se me ha entregado una copia de la Hoja de Información al Participante y una copia de este Consentimiento Informado, fechado y firmado. Se me han explicado las características y el objetivo del estudio y los posibles beneficios y riesgos del mismo.

Se me ha dado tiempo y oportunidad para realizar preguntas. Todas las preguntas fueron respondidas a mi entera satisfacción.

Sé que se mantendrá la confidencialidad de mis datos.

El consentimiento lo otorgo de manera voluntaria y sé que soy libre de retirarme del estudio en cualquier momento del mismo, por cualquier razón y sin que tenga ningún efecto sobre mi tratamiento médico futuro.

DOY ☐

NO DOY ☐

Mi consentimiento para la participación en el estudio propuesto.

Firmado:

Firma del paciente/familiar

D./D^a _____

Firma del investigador

D^a Olga M^a Valero García

En Zaragoza, a ____ de _____ de 2016.



REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, D./D^a _____,
declaro que revoco el consentimiento de inclusión de mis datos en el citado estudio y
que no se utilicen para la elaboración de los resultados del mismo.

Firmado:

Firma del paciente/familiar

D./D^a _____

Firma del investigador

D^a Olga M^a Valero García

En Zaragoza, a ____ de _____ de 2016.

***ANEXO IV: Registro de
respuestas de las
preguntas abiertas (55 y
56) de la VSSS-EU***

RESPUESTAS DE LOS PACIENTES. Parte 1		
Nº	MEJOR	PEOR
1	Cambio de mundo. Dejar de ser uno mismo para ser un paciente más dentro del grupo Dejar la rutina Alejarse de los problemas. Empezar de cero	Falta de salidas programadas, aunque fuesen tuteladas. Falta de actividades lúdicas. Rutina diaria repetitiva. Falta de actividades lúdicas supervisadas fuera del hospital
2	El apoyo recibido por los psiquiatras	
3	La medicación y "lo fuerte que es" La libertad y la tranquilidad. La comida. Buena disponibilidad del baño	Normas muy estrictas. Que no le hayan dicho para qué es la medicación. La falta de salidas al exterior.
4	Muy buena atención en general. Hacer amistades. Muy buen trato del personal de enfermería. Contenta con las actividades. Buenos psiquiatras.	Mucho frío en la sala de la televisión. Una auxiliar es impertinente (ha tenido problemas con ella en varias ocasiones). Pensar en el alta porque no se siente segura fuera de la planta de agudos. Falta de verdura en la dieta.
5	Los horarios (actividades, comida, siesta) Permisos de fin de semana. Mucho material de entretenimiento. Actitud de celadores y enfermería para que se sientan a gusto y colaboren todos para que estén entretenidos.	La comida está fría. Las instalaciones están un poco mal cuidadas.
6	Medicación mejor puesta Ambiente más tranquilo que otros años	Han quitado actividades de grupo. Falta de terapia de grupo
7	Parte del personal son "majos"	Abuso del uso de fármacos. Falta de atención a los pacientes. Retener a los pacientes "innecesariamente" e involuntariamente. El personal de seguridad es "dudoso". Falta de seguridad por la salud.
8	Parte del personal es amable y se preocupa por los pacientes	Sensación de sentirse encerrado. Horarios de teléfono.
9	Muy buenos profesionales, que se exigen mucho a sí mismos y a los pacientes. "Premios" cuando se mejora. Auxiliares muy atentas. Celadores estupendos. Calidez humana de los profesionales y su generosidad. Si el paciente tiene claro su objetivo, el ingreso es de mucha ayuda. Los estudiantes son de gran ayuda porque dedican mucho tiempo a los pacientes.	Diseño y ergonomía de las instalaciones. Sistema de cámaras por infrarrojos que impiden dormir. Roces entre pacientes. Falta de ocio y entretenimiento. Muchas normas. Camas incómodas y ausencia de funda de almohada. En ocasiones hay demasiados estudiantes (4 ó 5) Los estudiantes deberían pedir permiso para estar presentes.
10	Trato del personal. Preocupación del personal cuando ven mal al paciente. Transmiten mucha confianza. Colaboran a la hora de las actividades. Casi siempre sonrientes. Dentro de lo posible hacen sentir cómodo al paciente.	Mezclar enfermedades muy dispares en el mismo sitio. No poder fumar.

RESPUESTAS DE LOS PACIENTES. Parte 2		
Nº	MEJOR	PEOR
11	Las enfermeras están al tanto y trabajan muy bien. La profesionalidad de los psiquiatras. Las salidas.	No poder fumar
12	El trato del personal de enfermería, muy educado y profesional. Conocer a mucha gente diferente. Te permite conocerte a ti mismo. Los psiquiatras se preocupan mucho por sus pacientes	En ocasiones, poca preocupación de los profesionales por otros compañeros que perjudican al paciente (física y psicológicamente)
13	La educación de los médicos, enfermeras y parte de los pacientes. La comida está buena.	Miedo a que se alteren otros pacientes. Sensación de estar encerrada y sola.
14	Los profesionales. La simpatía de las enfermeras. Buena atención al paciente.	Traslados hospitalarios. El sistema de aire hace mucho ruido. Pocas ventanas y poca luz natural.
15	Las enfermeras son muy amables. No dejar fumar. Que se permitan visitas y salidas. La comida está buena.	Los psiquiatras son muy fríos en ocasiones, pero son receptivos. Las actividades no son de su agrado. Las duchas no están en las habitaciones y tener que ducharse con gente. El horario de visitas (es muy pronto para sus familiares). Excesiva seguridad (enchufes, sillas, enseres). Ausencia de persianas en las ventanas de las habitaciones.
16	-	-
17	Las actividades. Los juegos de concentración. Juegos en grupo. Pimpón.	No tener ducha en el baño de la habitación. Falta de fuentes para beber agua.
18	Ves otro tipo de problemas / patologías en otras personas. Ves a otros tipos de profesionales y sus funciones. Buena alimentación ofrecida. Desinhibición en cuanto al tiempo, no sentirse presionado por él. Ausencia de televisión y tecnología en las habitaciones. Libros de lectura. Actividades para ponerse en situaciones distintas a las habituales.	Necesidad de salir al exterior y no poder. No poder salir a fumar de vez en cuando. Las habitaciones no están insonorizadas por lo que no puede tocar instrumentos (que le ayudan a sentirse mejor)
19	Trato personal e individual de las enfermeras. Aprender a ayudarse a sí mismo y a los demás	Mal estado de parte del mobiliario y de las instalaciones.
20	El servicio prestado por los profesionales (médicos, enfermeras...) Bien dispuestas las habitaciones. Permisos para ver a la familia, las visitas.	Sensación de claustrofobia, de estar encerrado, muchas rejas. Falta de visión del exterior por las ventanas. Sensación de falta de libertad.

RESPUESTAS DE LOS PACIENTES		
Nº	MEJOR	PEOR
1	La manera en la que han tratado al paciente	Escaso tiempo de visitas.
2	La eficacia y rapidez en actuar cuando algún paciente “más problemático” actúa de repente. Y en mi caso la labor con mi madre que entró sin ninguna fuerza y gana de vivir y a día de hoy (aún sin salir) parece otra, por la conexión que ha tenido con pacientes, trabajadores y psiquiatras	El horario de la visita coincide con la merienda. La carencia total de psicólogos, que servirían de apoyo a la labor del psiquiatra. Escasez de actividades (deberían organizarse más que no fuesen juegos libres) Falta de terapias en grupo
3	El trato por parte de todos los miembros del equipo. Las explicaciones acerca de la enfermedad.	-
4	Atención de los psiquiatras y la asistente social	Alguna enfermera no es muy amable. Sensación de cárcel. Falta de salidas.
5	La atención personal tanto médica como de enfermería	Quizás un espacio más abierto y en contacto con la naturaleza, por ejemplo un jardín, y menos pasillos.
6	El trato cercano del personal	La televisión es muy vieja y está muy mal cuidada.
7	En esta ocasión mi hermana entró en mejores condiciones que en ingresos anteriores. Eso facilitó las cosas. Ya nos conocen desde hace 23 años.	El año pasado a razón de una operación de cirugía bariátrica. Tuvo que ser ingresada al haberle retirado todo el tratamiento de psiquiatría, y la colaboración de las dos áreas fue penosa. Ahora pesa 89 kg, pero en ingresos anteriores pesaba 135 kg y no había pijamas para ella y con los camisones y estando desinhibida era un grave problema.

AGRADECIMIENTOS

Se desea agradecer al Departamento de Bioestadística de la Facultad de Medicina de la Universidad de Zaragoza, especialmente a D^a Ana Isabel García Felipe, por su ayuda y apoyo a la hora de diseñar un análisis estadístico adecuado a las necesidades de este estudio.

También, agradecer a todo el equipo de la Unidad de Hospitalización de Psiquiatría del HCU “Lozano Blesa” por su paciencia y comprensión.